

COCOON ASSURANCE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION



Notice d'information réf. NI CAS CT175 / NI01012023 valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) du contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé - Formules CT1750096 (Eco +), CT1750097 (Eco O+), CT1750098 (Eco OD+), CT1750099 (Medium) et CT1750100 (Medium +)

SOMMAIRE

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE..... 3

Dispositions générales relatives à la vente à distance3

Dispositions spécifiques à l'adhésion par internet.....3

DÉFINITIONS 3

PARTIE 1 : VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 4

1. Nature du contrat 4

2. Objet du contrat..... 5

3. Le caractère du contrat..... 5

LA VIE DU CONTRAT..... 5

4. Les conditions et les formalités d'adhésion 5

4.1. Qui peut être assuré ? 5

4.2. Prise d'effet et durée de votre adhésion 5

4.2.1. Prise d'effet de vos garanties 5

4.2.2. Durée de votre adhésion..... 5

4.2.3. Faculté de renonciation 5

4.3. Modification de votre garantie 6

5. Les cotisations 6

5.1. Montant à l'adhésion..... 6

5.2. Variation des cotisations en cours d'adhésion 6

5.3. Non-paiement des cotisations 6

6. La résiliation de l'adhésion 6

6.1. Résiliation par l'adhérent..... 6

6.1.1. Conditions de résiliation..... 6

6.1.2. En cas de majoration des cotisations 6

6.2. À la suite de la survenance d'un évènement..... 6

6.3. Résiliation du fait de l'assureur 7

7. Les obligations de l'adhérent..... 7

8. La fraude et la fausse déclaration 7

9. Territorialité des garanties et frais à l'étranger..... 7

10. La prescription 7

11. Dématérialisation 8

VOS GARANTIES 8

12. Les prestations couvertes 8

13. Le règlement des prestations..... 8

13.1 Les honoraires médicaux 8

13.2 Le forfait journalier hospitalier 8

13.3 Les actes de prévention 8

13.4 Les prestations sans prise en charge par l'assurance maladie obligatoire 8

13.5 Les prestations optiques 8

13.6 Dentaire..... 9

13.7 Les aides auditives..... 9

14. Principe indemnitaires - Pluralité d'organismes assureurs..... 9

15. Les exclusions..... 9

16. La subrogation..... 10

DISPOSITIONS DIVERSES ET INFORMATIONS LÉGALES 10

17. Loi applicable au contrat 10

18. Vos données personnelles 10

18.1. Le traitement de vos données personnelles 10

18.2. Les droits dont vous disposez..... 10

19. Faculté d'opposition au démarchage téléphonique 11

20. Réclamation 11

21. Médiation 11

22. Autorité chargée du contrôle des assurances 11

23. Enregistrement des communications..... 11

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE. 12

ANNEXE - TABLEAU DES GARANTIES 21

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE

Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance

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

Droit de renonciation à l'adhésion

Vous reportez à l'article 4.2.3 FACULTÉ DE RENONCIATION de la notice d'information.

Date de prise d'effet de l'adhésion

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

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR INTERNET

Modalités d'adhésion

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

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

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

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

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

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

Consultation et archivage des documents

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

Convention de preuve

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

par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

Responsabilités

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

DÉFINITIONS

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

VOUS

Désigne les assurés (adhérents et bénéficiaires).

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires de santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.

Ne sont pas considérées comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

ACTES DE PRÉVENTION

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

ADHÉRENT

Toute personne physique qui, par la signature du bulletin d'adhésion, demande à bénéficier des dispositions du contrat sous réserve que son adhésion ait pris effet dans les conditions déterminées par la présente notice d'information.

L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

ANNÉE D'ASSURANCE

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

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

ASSURÉ SOCIAL

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

ASSUREUR

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

AVENANT

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

AYANT DROIT

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

BASE DE REMBOURSEMENT = BRSS

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

On parle de :

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

BÉNÉFICIAIRE

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

CONJOINT DE L'ADHÉRENT

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

DÉPASSEMENT DE TARIF

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

DPTAM

Il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la sécurité sociale par lequel le médecin s'engage à limiter les dépassements d'honoraires. Pour que le contrat complémentaire santé soit responsable, le taux de remboursement des honoraires médicaux des médecins n'ayant pas souscrit à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées prévu par la convention médicale sera toujours inférieur aux taux de remboursement de ceux ayant adhéré à ce contrat.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

GÉNÉRATION

Société de courtage d'assurance, en charge de la gestion des prestations du contrat d'assurance. 12 bis, rue de Kerogan, 29080 QUIMPER cedex 9.

GESTIONNAIRE

Pour toute la gestion autre que le traitement des sinistres : Cocoon - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr

Pour le traitement des sinistres : Génération, dont le siège

social est 12 bis, rue de Kerogan 29000 QUIMPER - Société par Actions Simplifiée au capital de 102 766,40 € - RCS Quimper 410 069 066 - N° Orias : 07000842 - www.orias.fr.

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé pour un acte donné par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Ces honoraires sont définis par la réglementation.

HOSPITALISATION

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

PHARMACIE

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

PRESCRIPTION

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

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV)

Le prix limite de vente correspond au prix maximum de vente d'un dispositif médical au bénéficiaire. Les prix limites de vente sont fixés par la réglementation en vigueur.

RÉSILIATION

Fin de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent ou de l'assureur, dans les cas et conditions prévus par la loi, ou dans le contrat d'assurance, à une date précise et en respectant un délai de préavis.

SOINS COURANTS

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

TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ

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

TÉLÉTRANSMISSION

Système informatique d'échange d'informations.

TICKET MODÉRATEUR

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

PARTIE 1 : VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

1. NATURE DU CONTRAT

Il s'agit d'un contrat groupe à adhésion facultative souscrit par Cocoon et par l'Association de Retraite Populaire Individuelle (ARPI) ci-après dénommés « Souscripteur », auprès de Sérénis Assurances SA ci-après dénommées « Assureur ».

Ce contrat est régi par le code des assurances.

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

2. OBJET DU CONTRAT

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

3. LE CARACTÈRE DU CONTRAT

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale et dont dépend le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux des contrats complémentaires santé.

En cas d'évolution de la réglementation ayant pour effet de modifier le cahier des charges du contrat responsable, les garanties pourront être adaptées.

Le contrat est solidaire, c'est-à-dire, sans formalités médicales à l'adhésion, et le montant de la cotisation n'est pas fonction de l'état de santé de l'adhérent. Dès la date d'effet c'est-à-dire une fois la demande d'adhésion acceptée, un adhérent ne peut plus être radié ou voir sa cotisation majorée, en raison d'une dégradation de son état de santé ou de sa consommation médicale.

Ce contrat peut être souscrit dans le cadre de l'article L 144-1 du Code des assurances (« Madelin »).

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

LA VIE DU CONTRAT

4. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

4.1. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

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

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

- Le conjoint de l'adhérent, assujetti à titre personnel ou à titre d'ayant droit, dont l'âge à l'adhésion est inférieur à 76 ans
- Les ayants droit de l'adhérent ou de son conjoint, de moins de 18 ans
- Les ayants droit de l'adhérent ou de son conjoint, âgés de 18 à 28 ans (inclus), s'ils sont étudiants (sur présentation d'une carte d'étudiant ou d'un certificat de scolarité) ou fiscalement à charge

Les limites à l'adhésion pour l'ensemble des bénéficiaires : les bénéficiaires doivent relever du régime obligatoire de l'adhérent. En cas de régime obligatoire différent, le bénéficiaire doit souscrire un contrat distinct relevant de son propre régime obligatoire. Pour les conjoints : les limites d'âges applicables à l'adhérent selon les formules sont applicables au conjoint.

4.2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

4.2.1. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt, à la date de réception du bulletin d'adhésion par Cocoon.

En cas de souscription, par internet ou par voie postale, l'adhésion ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'assuré.

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

- À l'acceptation par l'assureur des personnes à garantir ;
- À l'encaissement de la 1ère cotisation relative à l'adhésion au contrat selon les modalités fixées par l'article 5.1 de la présente notice.

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

4.2.2. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

L'adhésion est souscrite pour une durée d'un an. Elle est automatiquement reconduite au 1er janvier de chaque année pour la durée d'un an supplémentaire, sauf résiliation par l'une des parties ou dispositions contraires figurant au bulletin d'adhésion et sous réserve du paiement des cotisations.

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

4.2.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

Il résulte des dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances que : « Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

À titre contractuel, vous avez la possibilité de renoncer au contrat Cocoon Assurance Santé que vous avez souscrit, dans un délai de 30 jours à compter de la réception du Certificat d'adhésion.

Pour exercer votre faculté de renonciation, vous devez nous adresser votre notification par lettre RAR ou envoi recommandé électronique avec demande d'AR, dans le délai de 30 jours ci-dessus indiqué, selon le modèle suivant : « *Je soussigné(e) [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion] à laquelle j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de Cocoon Assurance. [Date] [Signature de l'adhérent]* ».

En pareil cas, le contrat sera résilié à compter de la date de réception, par Cocoon Assurance, de la correspondance RAR. Cocoon Assurance procédera au remboursement des cotisations perçues par elle dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation du contrat, déduction faite de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a

cou, calculée au prorata temporis jusqu'à la date de résiliation. Cocoon Assurance vous informe que, conformément à la loi, l'intégralité des cotisations resteront dues si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

De même, dès que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.

4.3. MODIFICATION DE VOTRE GARANTIE

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

Aucune modification de formule n'est possible la 1^{ère} année d'assurance.

A l'issue, l'assuré peut demander à modifier sa formule de garantie.

Pour une demande de modification vers une formule inférieure :

Cette modification vers une formule inférieure ne peut être demandée qu'à la date d'échéance principale suivante, avec un préavis minimum de deux mois.

Par dérogation, cette modification peut intervenir le premier jour du mois suivant la demande en cas de perte d'emploi ou chômage et de divorce ou séparation (sous réserve de présentation de justificatifs).

Pour une demande de modification vers une formule supérieure :

Cette modification vers une formule supérieure peut intervenir à tout moment après la 1^{ère} année d'assurance. Elle sera effective après un préavis de deux mois.

Toute modification de formule s'opère pour une nouvelle période minimale d'une année, à l'issue de laquelle une nouvelle modification de formule peut intervenir. La nouvelle formule choisie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires du contrat, sous réserve du respect de la limite d'âge d'accès au contrat au moment de la modification.

5. LES COTISATIONS

5.1. MONTANT À L'ADHÉSION

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

Le montant de la cotisation annuelle est précisé sur le certificat d'adhésion. Les cotisations sont payables d'avance au siège de l'Assureur ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur le bulletin d'adhésion.

Lorsque vous optez pour le paiement de votre prime par prélèvement, le certificat d'adhésion remis lors de la souscription ou de l'avenant vaut pré-notification des prélèvements effectués aux échéances convenues.

5.2. VARIATION DES COTISATIONS EN COURS D'ADHÉSION

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

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

En cas de modification du régime de base de la Sécurité sociale ou de variation d'intervention dans le montant laissé à votre charge par votre régime, l'Assureur se réserve le droit de modifier

également les cotisations, éventuellement en dehors de la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion.

Les enfants nés après l'adhésion au contrat sont admis d'office

dès leur naissance à condition que la demande d'avenant soit faite dans les trois mois qui suivent la naissance. À défaut, leur adhésion prendra effet à la date d'effet de la demande d'adhésion.

5.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'intégralité de la prime annuelle devient immédiatement exigible.

Si un fractionnement (semestriel, trimestriel, mensuel) de la prime était en place sur votre adhésion, vous perdez le bénéfice de cette facilité de paiement.

Nous adresserons, à votre dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si vous ne nous avez pas réglé entre-temps :

- **Une suspension de vos garanties, TRENTE JOURS après l'envoi de cette lettre**
- **La résiliation de votre contrat DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours**

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si les garanties de votre contrat ont été suspendues mais que vous payez, avant que votre contrat ne soit résilié, la cotisation due, vos garanties reprendront leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation du contrat, nous poursuivrons le recouvrement des sommes qui nous sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée jusqu'à la date de résiliation de votre contrat, ainsi que d'une pénalité correspondant à 2 mois de cotisations.

6. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

6.1. RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

6.1.1. CONDITIONS DE RÉSILIATION

L'adhérent a la faculté de résilier à tout moment après une première période d'assurance de 12 mois, moyennant un préavis d'un mois à adresser à l'assureur. La résiliation peut se faire par tout moyen écrit à votre convenance et justifiable par vos soins à l'attention de Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY- SUR-SEINE cedex. La demande de résiliation peut être effectuée par lettre ou tout autre support durable, par déclaration au siège social de l'assureur, par acte extra-judiciaire, par le même mode de communication à distance que lors de la conclusion du contrat lorsque c'est le cas. L'assureur confirme par écrit la réception de la notification.

6.1.2. EN CAS DE MAJORATION DES COTISATIONS

L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 5.2 de la présente Notice d'information. Vous pourrez résilier l'adhésion dans un délai d'un mois suivant la date où vous aurez eu la notification de l'augmentation.

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

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

En cas de survenance de l'un des évènements suivants :

- Changement d'adresse de la Résidence principale si ledit changement entraîne une modification des cotisations
- Changement de régime et situation matrimoniale
- Changement de catégorie socio-professionnelle
- Souscription à un contrat collectif obligatoire
- Perte d'emploi, chômage
- Retraite professionnelle ou cessation définitive de l'activité professionnelle
- Acquisition de la Complémentaire Santé Solidaire

le contrat d'assurance pourra être résilié par chacune des parties lorsque l'évènement a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure, qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. En pareil cas, la résiliation ne pourra intervenir que dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'évènement et prendra effet un (1) mois après que l'autre partie en a reçu notification. Le cas échéant, le Gestionnaire remboursera à l'Adhérent la portion de cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

6.3. RÉILIATION DU FAIT DE L'ASSUREUR

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 5.3 de la présente Notice d'information (article L 113-3 du code des assurances)
- En cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fautive, d'omission ou de déclaration inexacte de circonstances connues de l'adhérent dans la déclaration du risque ou en cours d'adhésion (article L 113-8 du code des assurances)
- Lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime d'assurance maladie obligatoire en France métropolitaine. Dans ce cas, la résiliation prendra effet de plein droit un mois après la date à laquelle l'Assureur aura eu connaissance de la nouvelle situation

7. LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

En cours d'adhésion

Vous devez signaler à Cocoon la survenance d'un événement mentionné à l'article 6.2. de la présente notice, par écrit, dans un délai de trois (3) mois à partir du moment où vous en avez eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit, tout changement d'adresse, à l'adresse suivante Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex ou par e-mail à l'adresse suivante : santé@cocoon.fr.

En cas de sinistre

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

8. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION

Si vous, ou toute personne assurée, faites de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, exagérez le montant des frais, employez comme justification des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux, vous perdez pour ce sinistre le bénéfice des garanties de votre contrat.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires. En cas d'évènement mettant en jeu le présent contrat, l'adhérent (ou les bénéficiaires) sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire et/ou forfaitaire couvrant le même risque. Auprès de notre organisme, vous ne pouvez souscrire qu'un seul contrat de même nature.

9. TERRITORIALITÉ DES GARANTIES ET FRAIS À L'ÉTRANGER

Les garanties du présent contrat s'appliquent dans tous les Etats membres de l'Union Européenne, y compris les départements et régions français d'outre-mer (DOM-ROM) sous réserve du maintien au régime français de Sécurité sociale.

Elles s'exercent également dans le monde entier pour les voyages ou séjours n'excédant pas six mois consécutifs. Le règlement des frais à l'étranger est effectué sur la base des factures originales détaillées acquittées et des justificatifs de participation du régime de base, ainsi que du motif des soins dispensés à l'étranger.

Les soins non pris en charge par la sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'aucun remboursement.

Notre remboursement est effectué en euros selon les mêmes critères que les soins dispensés en France dans la limite des frais réels convertis en euros.

Les modalités de prises en charge sont définies dans le Tableau de garanties.

Nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires pour déterminer notre participation (caractéristique du séjour, copie de factures, nature des soins ou traduction). Si vous avez fait appel à un protocole d'assistance vous vous engagez à nous en informer.

10. LA PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Délai de prescription

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

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

2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'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'adhérent décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Causes d'interruption de la prescription

Aux termes de l'article L 114-2 du code des assurances, « la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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. » Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

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

11. DÉMATÉRIALISATION

Si l'Adhérent a communiqué à son interlocuteur habituel une adresse électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, l'assureur utilisera cette adresse pour la poursuite des relations afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'Adhérent dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite des relations.

VOS GARANTIES

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

12. LES PRESTATIONS COUVERTES

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

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

Les garanties sont exprimées :

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

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont

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

Sauf périodicité réglementaire spécifique, les forfaits énoncés dans le tableau de garanties sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année de garantie suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires du contrat).

13. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, vous devrez joindre les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire. Pour déterminer le montant de sa participation, Génération peut demander la facture détaillée et le cas échéant, la prescription médicale. Après réception, Génération (pour le compte de l'assureur) fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement. Sauf périodicité réglementaire spécifique, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année de garantie suivante ni sur un autre bénéficiaire. Par an, nous entendons l'année de garantie (du 1er janvier au 31 décembre).

Sous réserve d'acceptation par le professionnel de santé, l'Adhérent peut obtenir la dispense d'avance de ses frais de santé remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur ainsi que du forfait journalier hospitalier.

La présentation de son attestation de tiers payant SP Santé et de sa carte Vitale suffit pour bénéficier du tiers payant selon le mécanisme du tiers payant dans les conditions prévues à l'article L.871-1 du Code de Sécurité sociale

13.1 LES HONORAIRES MÉDICAUX

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

Le taux de remboursement autorisé varie selon que le médecin consulté a adhéré ou non au contrat OPTAM et OPTAM-CO ou dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

13.2 LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

13.3 LE FORFAIT PATIENT URGENCE

Le forfait patient urgence (FPU) correspond à la participation facturée aux assurés en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

13.4 L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Les séances d'accompagnement psychologique sont réalisées par des psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie dont la liste est consultable sur www.monpsy.sante.gouv.fr

La prise en charge est accordée aux patients âgés de trois ans ou plus sur prescription d'un médecin traitant ou d'un médecin impliqué dans la prise en charge du patient.

Elle est limitée à 8 séances par année civile renouvelable uniquement sur prescription médicale.

13.5 LES ACTES DE PRÉVENTION

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

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

Les médicaments, vaccins et moyens contraceptifs

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

La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins. Le règlement s'effectue sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

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

Les médecines complémentaires

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

13.7 LES PRESTATIONS OPTIQUES

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

Pour un équipement optique comprenant deux verres et une monture :

- Remboursement du ticket modérateur inclus
- Le remboursement de la monture ne pouvant jamais excéder 100 € par forfait

Le remboursement est effectué sur la base de la codification LPP (Liste des Produits et Prestations de la Sécurité sociale) figurant sur la facture de l'opticien et qui détermine la nature des verres et la garantie appliquée.

Pour les bénéficiaires jusqu'à 15 ans inclus

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 12 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques. Le remboursement est accordé tous les 6 mois pour les

enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription ophtalmologique, le renouvellement de la prise en charge des verres est possible sans délai pour l'acquisition de verres.

Pour les bénéficiaires à partir de 16 ans

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 24 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques.

Ce délai est ramené à 12 mois lorsque le renouvellement de l'équipement fait suite à une évolution de la vue qui devra être justifiée par la prescription médicale ou par le devis et la facturation de l'opticien.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières faisant l'objet d'une nouvelle prescription ophtalmologique.

La période pendant laquelle un équipement peut être remboursé s'apprécie à la date d'achat du dernier élément de l'équipement.

Le remboursement est effectué sur la base de la codification LPP (Liste des Produits et Prestations de la Sécurité sociale) figurant sur la facture de l'opticien qui détermine la nature des verres et la garantie appliquée selon le tableau des garanties.

Équipement « 100 % Santé »

Ce poste vise les équipements (verres + montures) relevant du dispositif 100% santé. Les prestations et les montants sont définis par la nomenclature des opticiens. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les prix limite de vente imposés par la nomenclature.

Le forfait lentille

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

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

13.8 DENTAIRE

Le poste dentaire recouvre l'ensemble des prestations relatives aux actes bucco-dentaires.

Soins

Il s'agit de l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention.

Prothèses

Il s'agit de l'ensemble des actes prothétiques inscrits à la nomenclature des actes dentaires

Soins et prothèses « 100 % Santé »

Ce poste vise les soins et prothèses relevant du dispositif « 100 % Santé ». Les actes et les montants sont définis par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les honoraires limites de facturation imposée par la convention.

Les actes dentaires non pris en charge et l'implantologie

La participation prévue au Tableau des garanties pour les actes dentaires hors nomenclature dentaire et l'implantologie est soumise à l'avis du chirurgien-dentiste consultant de l'assureur. Seuls les actes approuvés par le dentiste consultant seront admis au remboursement sur la base d'une facture originale détaillée comprenant obligatoirement :

- L'identification du praticien
- L'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires
- La date d'exécution et de paiement
- La nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées
- Le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture

13.9 LES AIDES AUDITIVES

Les aides auditives aussi appelées audioprothèses sont des dispositifs médicaux visés par la nomenclature relative aux aides auditives, ayant pour objectif de compenser une perte auditive par un appareillage adéquat.

L'équipement auditif est pris en charge une fois tous les 4 ans à compter de la date d'achat du précédent équipement et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels.

Équipements « 100 % Santé »

Les aides auditives sont prises en charge intégralement sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente fixés réglementairement.

Équipements hors « 100 % Santé »

L'aide auditive est prise en charge à hauteur du forfait indiqué dans le tableau de garantie, au minimum à hauteur du ticket modérateur et dans la limite du forfait prévu par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Piles et autres consommables

La garantie piles et autres consommables s'entend par an et elle est prise en charge au minimum à hauteur du ticket modérateur.

14. PRINCIPE INDEMNITAIRE - PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

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

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

15. LA SUBROGATION

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

prestations payées.

DISPOSITIONS DIVERSES ET INFORMATIONS LÉGALES

16. LOI APPLICABLE AU CONTRAT

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

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de la souscription du contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

17. VOS DONNÉES PERSONNELLES

18.1. LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

18.1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, résultant de normes nationales et internationales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Dans le cadre des obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes également susceptibles d'utiliser et d'analyser les données à caractère personnel en vue de l'établissement du profil de la personne concernée et la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt l

légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, vos données peuvent être utilisées, avec votre accord, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires.

18.1.2. A qui vos données peuvent-elles être

transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'État de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

18.1.3. Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

18.1.4. Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion (en l'absence de conclusion de contrat, vos données seront conservées pour une durée fixée par la réglementation en vigueur). En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

18.2. LES DROITS DONT VOUS DISEPOSEZ

18.2.1. De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

18.2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN

CEDEX.

18.2.3. En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

18. FACULTÉ D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

19. RÉCLAMATION

Qu'est-ce qu'une réclamation ?

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

Comment nous transmettre une réclamation ?

Un dispositif spécifique est mis en place pour garantir un traitement efficace, égal et harmonisé des réclamations. Toutes les personnes envers lesquelles nous sommes tenus d'obligations contractuelles peuvent y recourir : assurés, assurés pour compte ou bénéficiaires, anciens assurés, (...).

En cas de mécontentement lié à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre ou de vos prestations, vous pouvez consulter votre interlocuteur habituel par téléphone ou en prenant rendez-vous.

Si vous n'avez pas obtenu immédiatement entière satisfaction, nous vous invitons à lui adresser votre réclamation par écrit.

En cas de persistance de votre mécontentement, vous pouvez adresser votre réclamation par courrier au :

	Votre interlocuteur habituel	Si la réponse de votre interlocuteur habituel ne vous satisfait pas
VIE DU CONTRAT (avenant, cotisation, ajout de bénéficiaire...)	Cocoon Assurance Santé sante@cocoon.fr Où Cocoon Assurance Santé 4 Rue Berteaux Dumas CS 50075 92522 Neuilly-Sur-Seine cedex	SERENIS ASSURANCES Responsable des relations consommateurs 4 rue Frédéric-G. Raiffeisen 67906 STRASBOURG cedex 9

PRESTATIONS SANTÉ	Génération : - Sur le site internet www.generation.fr - Par courrier : Génération, Traitement des réclamations, 29080 QUIMPER cedex 9	Génération : - Par mail : à l'adresse conformite@generation.fr en indiquant dans l'objet « Demande de recours interne » - Par courrier : Génération, Service Conformité (votre n° adhérent) 29080 Quimper cedex 9

Nous nous engageons à :

- Accuser réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation écrite, sauf si une réponse a pu vous être apportée dans ce même délai,
- Répondre dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date d'envoi de la première manifestation écrite de votre mécontentement.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante :

<<https://webgate.ec.europa.eu/odr>>

20. MÉDIATION

En tout état de cause deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance.

Il pourra examiner votre demande uniquement si aucune action judiciaire n'a été engagée. Votre saisine doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite.

Après avoir instruit le dossier avec le concours des parties, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les 3 mois. L'avis ne lie pas les parties.

Il est possible de saisir la Médiation par voie électronique : La Médiation de l'assurance - Saisir le médiateur (mediation-assurance.org) ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».

21. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'autorité de contrôle de Sérénis Assurances SA, de Cocoon et de Génération est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS cedex 09.

22. ENREGISTREMENT DES COMMUNICATIONS

Pour des besoins de gestion interne liés à notre souhait constant d'amélioration de la qualité de notre accueil, vous êtes informés que vos communications téléphoniques avec Cocoon et Génération peuvent faire l'objet d'un enregistrement. Ces enregistrements sont conservés pendant un délai maximum de trois mois.

COCOON ASSURANCE SANTÉ

ASSISTANCE

Conditions générales des garanties d'assistance

valant notice d'information au contrat collectif NI CAS CT175 / NI01012020

Les garanties d'assistance sont accessibles pour les adhérents aux formules Eco O+, Eco OD+, Medium et Medium +.

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE.

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

23. DÉFINITIONS

23.1 BÉNÉFICIAIRE

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

23.2 TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France.

23.4 FRANCE

France métropolitaine, principautés de Monaco et d'Andorre.

23.5 DOMICILE

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

Il est situé en France.

23.6 HOSPITALISATION

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

23.7 HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

23.8 IMMOBILISATION AU DOMICILE

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

23.9 ATTEINTE CORPORELLE GRAVE

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

23.10 ACCIDENT CORPOREL

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

23.11 MALADIE

Altération de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

23.12 GRAVE PROBLÈME DE SANTÉ

Par « grave problème de santé », il convient d'entendre toute maladie ou tout accident corporel dont les caractéristiques

(nature, durée, perte de fonctionnalité induite, menace sur le pronostic vital...) sont susceptibles de remettre en question les équilibres économique, « organisationnel » et/ou psychologique de l'adhérent et de son foyer.

23.13 PERSONNE DÉPENDANTE

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

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

23.14 AUTORITÉ MÉDICALE

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

23.15 ÉQUIPE MÉDICALE

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

23.16 MEMBRE DE LA FAMILLE

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

23.17 PROCHE

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

23.18 ANIMAUX DOMESTIQUES

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

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

23.19 FRANCHISE

Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

23.20 FAITS GÉNÉRATEURS

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

- Les garanties d'assistance en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation imprévue en cas de maladie ou accident corporel entraînant l'immobilisation à domicile de plus de 5 jours ou l'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures d'un bénéficiaire

- Les garanties d'assistance en cas de décès d'un bénéficiaire **uniquement** pour les formules Medium et Medium+
- Les garanties d'assistance **maternité**, selon la garantie concernée, en cas de maternité prolongée au delà de 8 jours, de naissance de jumeaux ou en cas d'immobilisation imprévue de la nourrice
- Les garanties d'assistance en cas d'évènement grave en cas de décès d'un proche, d'une hospitalisation prévue de plus de 5 jours, de la survenance d'un grave problème de santé ou en cas de traitement de chimio ou radiothérapie
- La garantie de prise en charge de la location d'un téléviseur en cas d'hospitalisation imprévue d'un bénéficiaire uniquement si la formule est souscrite par l'adhérent

24. GARANTIES D'INFORMATION SANTÉ

24.1 INFORMATIONS SANTÉ ET MÉDICAL

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

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

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

24.2 INFORMATIONS SANTÉ ET JURIDIQUE

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

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

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

Les thèmes sont les suivants :

- Régime de protection social et retraite
- Assurance maladie
- Démarches administratives
- Accidents du travail

- Maladies professionnelles
- Médecine légale
- Sport et santé
- Services d'urgence
- Hôpital : fonctionnement, droits des malades
- Dons d'organes, transplantations et greffes, transfusions sanguines
- Associations de patients
- Gériatrie
- Aide au maintien à domicile des personnes âgées
- Établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme...)
- Habitation
- Impôts, fiscalité
- Assurance vie
- Famille
- Adoption
- Successions
- Prestations familiales
- Congés parentaux
- Allocations

24.3 INFORMATIONS PRÉVENTION

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

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

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

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

25. ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION À DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 25 HEURES DU BÉNÉFICIAIRE

25.1 AIDE MÉNAGÈRE OU AUXILIAIRE DE VIE

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

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

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

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

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

25.2 GARDE DES MALADES

Si personne ne peut assurer la garde du bénéficiaire, dès le premier jour de l'évènement générateur, l'Assisteur recherche et organise sa garde par du personnel qualifié à son domicile. L'Assisteur prend charge le personnel qualifié pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco O+ et Eco OD+ ou de 40 heures pour les formules Medium et Medium+, avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 10 jours après la date de l'évènement générateur.

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

25.3 GARDE DES ENFANTS ET DES PETITS ENFANTS

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

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

Le personnel qualifié, en fonction de l'âge des enfants et/ou des petits enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

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

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

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

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

25.4 CONDUITE DES ENFANTS À L'ÉCOLE

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

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

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

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

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

25.5 GARDE DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

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

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

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

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

25.6 GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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

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

25.7 SOUTIEN SCOLAIRE

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

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

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

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

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

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

25.8 PRÉSENCE D'UN PROCHE

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

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

de domicile.

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

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

25.9 ORGANISATION DE SERVICES

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

- Accompagnement dans les déplacements sous réserve que l'état de la personne permette ce déplacement. Les moyens seront mis en œuvre par l'équipe médicale de l'Assisteur, en fonction de son état de santé et du lieu de destination
- Recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort
- Livraison de courses
- Coiffeur
- Portage de repas
- Personne de compagnie
- Petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie)
- Petit jardinage
- Petit bricolage

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

25.10 LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

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

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

26. ASSISTANCE MATERNITÉ

26.1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

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

26.2 AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

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

26.3 AIDE MÉNAGÈRE OU AUXILIAIRE DE VIE

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

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

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

Seul l'Assisteur est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation après bilan médical. Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

26.4 GARDE D'ENFANTS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE LA NOURRICE

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

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

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

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

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

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

26.5 GARDE DES ENFANTS

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

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

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

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

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

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

26.6 PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'hospitalisation pour accouchement d'une durée supérieure à 8 jours, et si aucun membre de la famille du bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile ; l'Assisteur organise et prend en charge un

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

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

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

26.7 CONDUITE DES ENFANTS À L'ÉCOLE

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

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

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

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

27. ASSISTANCE EN CAS D'ÉVÈNEMENT GRAVE

27.1 ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

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

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

27.2 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

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

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

27.3 COMPLÉMENT D'AVIS MÉDICAL ET CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE

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

Le rendez-vous avec le spécialiste est pris directement par le bénéficiaire.

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

du bénéficiaire.

27.4 AIDE MÉNAGÈRE OU AUXILIAIRE DE VIE

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

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

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

Seul l'Assisteur est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation après bilan médical. Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

27.5 GARDE DES ENFANTS ET PETITS ENFANTS

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

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

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

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

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

27.6 GARDE DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

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

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

Medium+

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

28. ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS (GARANTIE ACQUISE UNIQUEMENT POUR LES FORMULES MEDIUM ET MEDIUM+)

28.1 AIDE AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ET SOCIALES « OBSÈQUES »

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

28.2 INFORMATIONS JURIDIQUES « OBSÈQUES »

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

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

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

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

Les thèmes sont les suivants :

Les réglementations particulières

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

Succession

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

Information juridique et fiscale

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

- Répression des fraudes
- Associations de consommateurs

28.3 AVANCE DES FRAIS D'OBSÈQUES

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

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

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

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

28.4 AVIS SUR DEVIS OBSÈQUES

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

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

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

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'utilisation des informations transmises. Ce service est accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

28.5 MISE À DISPOSITION DE COURRIERS TYPES

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

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

28.6 RAPATRIEMENT EN CAS DÉCÈS

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

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

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

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

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

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du

rapatriement est du ressort exclusif de l'Assisteur.

28.7 GARDE DES ENFANTS ET PETITS ENFANTS

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

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

28.8 GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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

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

28.9 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

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

29. ORGANISATION DE SERVICES À LA PERSONNE

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

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

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

- L'identification de l'appelant
- Le numéro de convention :
 - Formules Eco O+ et Eco OD+ : 080297401
 - Formules Medium et Medium+ : 080297402
- et vérifie que les droits de bénéficiaire lui sont acquis
- La nature de la demande

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

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

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

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

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

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

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

Édition de l'attestation fiscale annuelle reprenant l'ensemble

des prestations de services à la personne réalisées.

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

Liste des services rendus :

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

**À la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités réalisées à domicile.*

Services assurés par DOMISERVE+, Enseigne Nationale de Services à la Personne, agrément 2007-1.92.018, SA au capital de 303 750 €, RCS Nanterre 493 837 702, 6 rue André Gide, 92320 CHÂTILLON

30. LOCATION DE TÉLÉVISEUR

Cette prestation est acquise uniquement si la formule Medium et Medium+ a été souscrite par l'adhérent.

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24h00, l'Assisteur rembourse les frais de location de téléviseur engagés par le bénéficiaire dans un établissement hospitalier. L'Assisteur procède au remboursement dès réception des justificatifs originaux : bulletin d'hospitalisation et facture de location de téléviseur, dans la limite de 15 jours par évènement.

31. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES D'ASSISTANCE

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

- **Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,**
- **Les interruptions volontaires de grossesse**

- Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés
- Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance
- Les tentatives de suicide et leurs conséquences
- Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique
- Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation

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

- Résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement
- De dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire
- De la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye
- De la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat
- De la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien
- Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs
- D'effets nucléaires radioactifs
- Des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir
- De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- Les frais non justifiés par des documents originaux
- Les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel
- Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental

32. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

32.1 LIMITATION DE RESPONSABILITÉ

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

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

32.2 CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable de la

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

33. CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

33.1 VALIDITÉ DES GARANTIES

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

33.2 MISE EN JEU DES GARANTIES

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

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

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

- Par téléphone : 01 49 65 25 09 - Par télécopie : 33 (0) 1 55 92 40 69
- Par télégramme : Inter Partner Assistance France - 6 rue André Gide 92330 CHÂTILLON

33.3 ACCORD PRÉALABLE

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

33.4 DÉCHÉANCE DES GARANTIES

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

34. CADRE JURIDIQUE

34.1 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

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

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

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

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

Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification

aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'Inter Partner Assistance - 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON.

34.2 SUBROGATION

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

34.3 PRESCRIPTION

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

34.4 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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

CHÂTILLON.

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

34.5 RÈGLEMENT DES LITIGES

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

34.6 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

ANNEXE - TABLEAU DES GARANTIES

FORMULES ECO+, ECO O+, ECO OD+, MEDIUM ET MEDIUM+

		de 18 ans à 75 ans inclus				
Les garanties sont exprimées en inclusion du régime de base de la Sécurité Sociale (prestations du régime de base de la Sécurité Sociale incluses) sauf pour les garanties exprimées en euros et dans la limite des frais réels engagés		ECO +	ECO O+	ECO OD +	MEDIUM	MEDIUM +
		CT1750096	CT1750097	CT1750098	CT1750099	CT1750100
HOSPITALISATION						
Honoraires	Médecins ayant adhéré à un DPTM (1)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
	Médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM (1)	100% BR	100% BR	105% BR	130% BR	130% BR
Forfait journalier hospitalier (hors établissement médicaux sociaux)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y.c. maison de repos, de santé spécialisée (prise en charge par le régime de base)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité Sociale y.c. hospitalisation ambulatoire (pas de limitation en cas d'accident)		-	-	40€ par jour Max 60€/an	40€ par jour Max 60€/an	60€ par jour Max 60€/an
Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours)		-	-	Jusqu'à 8€ par jour Max 60€/an	Jusqu'à 8€ par jour Max 60€/an	Jusqu'à 8€ par jour Max 60€/an
Transports pris en charge par le régime de base		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Hospitalisation à domicile		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux	Médecins ayant adhéré à un DPTM (1)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR
	Médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM (1)	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	130% BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes...)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR
Forfait actes lourds (>120€)		100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Radiologie	Médecins ayant adhéré à un DPTM (1)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR
	Médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM (1)	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	130% BR
Médecines douces : Ostéopathe, chiropracteur, étiothérapeute, acupuncteur, diététicien, pédicure-podologue, psychomotricien, psychologue (par an par bénéficiaire)		-	-	2 séances maximum jusqu'à 40€ / séance	2 séances maximum jusqu'à 40€ / séance	3 séances maximum jusqu'à 40€ / séance
Médicaments à Service Médical Rendu Majeur (65%)		100% BR	100% BR			
Médicaments à Service Médical Rendu Modéré (35%)		35% BR	35% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (15%)		15% BR	15% BR			
Matériel médical : appareillage orthopédique, grand appareillage, prothèses médicales et capillaires (par an et par bénéficiaire)		100% BR	100% BR + 50€	100% BR + 200€	100% BR + 200€	100% BR + 250€
DENTAIRE						
Soins et Prothèses 100 % Santé (2)		Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation				
Soins dentaires et actes dentaires Hors 100% Santé (3)		100% BR	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Prothèses dentaires Hors 100% Santé (3) et orthodontie		100% BR	100% BR	175% BR	250% BR	300% BR
Plafond annuel sur prothèses dentaires et orthodontie. Au-delà du plafond, TM continue à être remboursé				1000€ après 2 ans 2000€	1000€ après 2 ans 2000€	1000€ après 2 ans 2000€
OPTIQUE						
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) par période de :						
- de deux ans pour les Assurés de 16 ans et + ; cette limitation est réduite à un an en cas d'évolution de la vue (soit présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique soit en cas d'adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors du renouvellement de délivrance).						
- d'un an pour les Assurés de - 16 ans ; cette limitation est supprimée en cas d'évolution de la vue (présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique) ;						
Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement est possible à l'issue d'une période de 6 mois uniquement en cas de monture inadaptée à la morphologie de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique).						
Équipement 100 % Santé (4) (monture limitée à 30€)		Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente				
Équipement Hors 100% Santé (dont monture maximum 100€)						
Lunettes avec verres simples (5)		100% BR	100 €	150 €	200 €	200 €
Lunettes avec combinaison verre simple - verre complexe		100% BR	150 €	200 €	350 €	350 €
Lunettes avec verres complexes ou/et très complexes (6)		100% BR	200 €	250 €	400 €	400 €
Lentilles prescrites (le ticket modérateur est pris en charge au-delà du forfait) Par an et par bénéficiaire		100% BR	50 €	100 €	150 €	150 €
AIDES AUDITIVES (renouvellement d'un équipement une fois tous les 4 ans dans la limite de 1700€ par oreille)						
Équipements 100% Santé (7)		Prise en charge Intégrale dans la limite du Prix limite de vente				
Équipements hors 100 % Santé						
Accessoires et frais d'entretien pris en charge par le régime de base		100% BR	100% BR + 100€ par an et par bénéficiaire	100% BR + 200€ par an et par bénéficiaire	100% BR + 200€ par an et par bénéficiaire	100% BR + 300€ par an et par bénéficiaire
AUTRES DEPENSES						
Actes de prévention (8)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins pris en charge par la Sécurité Sociale		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)		-	-	50 €	50 €	80 €
Contraceptifs non remboursés par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)		-	-	50 €	50 €	80 €
ostéodensitométrie prise en charge ou non par le régime de base		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Cures thermales (Honoraires médicaux forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais de transports et hébergement Forfait en euros et par an)		65% ou 70% BR	100% BR	100% BR + 100€	100% BR + 150€	100% BR + 200€

(1) Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - cf. définition sur le site www.ameli.fr. Le taux de remboursement autorisé varie selon que le médecin consulté a adhéré ou non au contrat OPTAM et OPTAM-C

(2) Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la SS ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

(3) Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

(4) Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour les verres d'indicateurs et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

(5) 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-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

(6) Verres complexes = - verre unifocal sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries
 - verre unifocal sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
 - verre unifocal sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
 - verre unifocal sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
 - verre multifocal ou progressif sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
 - verre multifocal ou progressif 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
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres hypercomplexes :
 - verre multifocal ou progressif sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindriques 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-cylindriques 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-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

(7) Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

(8) Tels que définis réglementairement et visés à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale

* Les 3 actes de prévention sont définis par l'article du 9 juin 2010 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code
 + Solement prophylactique des dents, soins et restaurations sous réserve que l'acte soit effectué sur les 14 et 28ème mailles permanentes, intervention d'une fois par dent et soit réalisé en cas de risque carieux ou avant le 14ème anniversaire.
 - Un détartrage annuel complet ou en deux séances maximum
 + Un bilan du langage oral et/ou bilan d'orthophonie à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatre ans.
 + Dépistage Hépatite B
 + Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale; Audiométrie tonale avec tympanométrie; Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie
 + L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-17 la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les 8 ans.
 + Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) : Diphtérie, tétanos et polio (type 1, 2 et 3), Coqueluche, avant 14 ans, Hépatite B, avant 14 ans, BCG avant 6 ans, Rubéole pour les adolescents qui n'ont pas été vaccinés et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Hépatite B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Par an, nous entendons l'année de garantie (du 1er janvier au 31 décembre).

Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année civile et par bénéficiaire.

La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire.

Les forfaits Optique et Aides Auditives s'entendent à la date d'acquisition et non en forfait par année civile comme défini ci-dessus.

COCOON, - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.oriais.fr
 - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS cedex 09
 SERENIS ASSURANCES SA - Société anonyme à conseil d'administration au capital de 16.422.000 € - 350 838 686 RCS ROMANS N° TVA : FR13350838686
 -Entreprise régie par le Code des AssurancesSiège social : 25 rue du Docteur Henri Abel VALENCE Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN



ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Concepteurs :

Cocoon SAS - Courtier d'assurance enregistré en France auprès de l'ORIAS sous le numéro 14 002 768

Sérénis Assurances SA – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le code des assurances

Produit : COCOON ASSURANCE SANTÉ

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance COCOON ASSURANCE SANTÉ est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Dispositif 100 % Santé** pour l'optique, le dentaire et les aides auditives
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie
- ✓ **Optique** : unettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Orthopédie, Prothèses médicales et capillaires**

Les services proposés :

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Téléconsultation

L'Assistance prévue :

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Médecine douce : limitation du remboursement et du nombre de séances par an et par bénéficiaire
- ! Optique : limitation à 1 équipement tous les 2 ans sauf évolution de la vue et/ou pour les moins de 16 ans
- ! Aides auditives : limitation à 1 remboursement par oreille tous les 4 ans



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties du contrat sont acquises pour des frais engagés dans le monde entier aussi longtemps que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur en France métropolitaine.
- ✓ Les garanties se limitent hors de France aux seules prestations pour lesquelles le régime obligatoire aura effectué un remboursement. Dans ce cas, les garanties sont limitées à 180 jours consécutifs.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, vous devez :

À l'adhésion :

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée à l'adhésion.

En cours d'adhésion :

- Déclarer toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence soit d'aggraver les risques pris en charge, soit d'en créer de nouveaux
- L'adhérent doit signaler à l'assureur, par écrit, dans un délai de trois mois à partir du moment où il en a eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit.
- Régler les cotisations dues au titre du contrat « Cocoon Assurance Santé ».

En cas de sinistre :

- L'adhérent doit remettre à l'assureur toutes pièces concernant les frais exposés et permettant à l'assureur de déterminer le montant de sa participation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable d'avance annuellement. Un paiement mensuel fractionné peut toutefois être accordé. Dans ce dernier cas, l'assuré est informé à l'avance des montants et dates de prélèvement.

Les paiements peuvent être effectués au siège de l'assureur ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur le BA.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt à la date de réception du Bulletin d'adhésion par Cocoon. Elle est conclue pour une durée d'un an et se reconduit automatiquement sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent a la faculté de résilier à tout moment après une première période d'assurance de 12 mois, moyennant un préavis d'un mois à adresser à l'assureur.

La résiliation peut se faire par tout moyen écrit à COCOON ASSURANCE SANTE.

IPID-CAS4 -01/2023

Cocoon

SAS au capital de 5.000.000 € - RCS Quimper 801 468 026 - Siège Social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER

N° ORIAS : 14 002 768 - www.orias.fr Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution) - 4 Place de Budapest. CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09

SERENIS ASSURANCES

Société anonyme à conseil d'administration au capital de 16.422.000 € - 350 838 686 RCS ROMANS N° TVA : FR13350838686 - Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel VALENCE Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

Identifiant REP : FR232229_03XDNB

