GENERATION SANTE

cocoon

en partenariat avec
Génération

GENERATION SANTE

NOTICE D'INFORMATION

Notice d'information réf. NI GS 11/23 valant information précontractuelle et contractuelle (article L 141-1 du Code des assurances) du contrat d'assurance Génération Santé - Niveau 1 (CT 1750221) – Niveau 2 (CT 1750222) – Niveau 3 (CT 1750223) – Niveau 4 (CT1750224)

SOMMAIRE

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE 4
DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE 4
DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR INTERNET 4

DÉFINITIONS 5
1. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES 5

PARTIE 1 : VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 7
2. LA NATURE DU CONTRAT 7
3. L'OBJET DU CONTRAT 7
4. LE CARACTÈRE DU CONTRAT 7
LA VIE DU CONTRAT 7
5. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION 7
6. LES COTISATIONS 9
7. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION 10
8. LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT EN COURS D'ADHÉSION 11
9. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION 11
10. TERRITORIALITÉ DES GARANTIES ET FRAIS À L'ÉTRANGER 12
11. LA PRESCRIPTION 12
12. DÉMATÉRIALISATION 13
13. ASSISTANCE 13
VOS GARANTIES 13
14. LES PRESTATIONS COUVERTES 14
15. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS 14
16. LA SUBROGATION 17
DISPOSITIONS DIVERSES ET INFORMATIONS LÉGALES 17
17. LOI APPLICABLE AU CONTRAT 17
18. VOS DONNÉES PERSONNELLES 17
19. FACULTÉ D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE 19
20. RÉCLAMATION 19
21. MÉDIATION 20

22. AUTORITÉ DE CONTRÔLE 20
23. ENREGISTREMENT DES COMMUNICATIONS 20
24. INFORMATION EN CAS DE SANCTIONS INTERNATIONALES OU EMBARGO 20

PARTIE 2 : VOTRE ASSISTANCE 22
1. GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE 22
2. EN CAS D'URGENCE 23
3. INFORMATIONS 24
4. GARANTIES AU DOMICILE À PARTIR DE 60 ANS 24
5. RESPONSABILITÉ 24
6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES 25
DISPOSITIONS GÉNÉRALES 25
1. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS 25
2. COMPETENCE JURIDICTIONNELLE 26
3. PRESCRIPTION 26
4. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 27
DEMANDE D'ASSISTANCE 30
EN CAS D'URGENCE 30
OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS D'ASSISTANCE 30
ANNEXE – Tableaux des garanties 31

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

Reportez-vous à l'article 5.2.3 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 seule valeur probante.

Consultation et archivage des documents

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

Convention de preuve

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

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

Responsabilités

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

sollicité, supprimez les e-mails douteux sans les ouvrir.

DÉFINITIONS

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

1. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES

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.

VOUS

Désigne les assurés (adhérents et bénéficiaires).

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 considérés 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 adhère au contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

ANNÉE DE GARANTIE OU D'ASSURANCE

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

ASSISTEUR

AWP France SAS agissant pour le nom et pour le compte de Fragonard Assurances.

ASSURÉ SOCIAL

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

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 partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

ASSUREUR

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

AVENANT

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

AYANT DROIT

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

BASE DE REMBOURSEMENT = BRSS

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

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un

tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

BÉNÉFICIAIRE

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

CONJOINT DE L'ADHÉRENT

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

DÉPASSEMENT DE TARIF

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

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France métropolitaine et Corse, dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (DPTM)

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.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

1er janvier de chaque année.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

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.

HEBERGEMENT

Frais d'hôtel en France métropolitaine (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais notamment de restauration, de boisson ou de pourboires.

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

L'hospitalisation désigne un séjour dans un établissement de santé. L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

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.

TRANSPORT

Sauf indication contraire dans la présente Notice d'Information : Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par : train en 2ème classe sauf mention contraire, avion en classe économique, véhicule de location, taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

Dans le cadre de la Partie 2 « Votre Assistance », le choix du moyen de transport utilisé incombe à l'Assisteur.

PARTIE 1 : VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

2. LA NATURE DU CONTRAT

Il s'agit de contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par Cocoon et par l'Association de Retraite Populaire (ARPI) ci-après dénommés « souscripteur », auprès de SERENIS ASSURANCES SA ci-après dénommées «assureur ».

Ces contrats sont régis par le Code des assurances.

Ils peuvent faire l'objet de modifications ; à cette occasion une information écrite préalable est adressée aux adhérents par le souscripteur trois mois au minimum avant leur date d'entrée en vigueur. L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

3. L'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 et Corse, 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 remboursé par la Sécurité sociale déduction faite de son remboursement, soit au montant forfaitaire, selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

4. LE CARACTÈRE DU CONTRAT

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par 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.

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.

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

LA VIE DU CONTRAT

5. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

5.1. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

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

Quelle que soit la garantie souscrite, les bénéficiaires des contrats d'assurance Génération 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 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'âge applicables à l'adhérent sont applicables au conjoint.

5.2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

5.2.1. PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion au présent contrat intervient :

- à compter de la date de prise d'effet souhaitée, et au plus tôt à la date de réception du bulletin d'adhésion par Cocoon, jusqu'à son échéance principale, à savoir le 31 décembre de l'année en cours.

- en cas de souscription à distance, l'adhésion ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'assuré.

- 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 Cocoon.

En aucun cas la prise d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de souscription.

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 6.1 de la présente notice.

5.2.2. 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.

5.2.3. FACULTE DE RENONCIATION

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

L'article L. 112-9 alinéa 1 du Code des Assurances énonce notamment :

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

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

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de la conclusion de l'adhésion ;

- de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure,

et expire le dernier jour à 24h00.

À titre contractuel, vous avez la possibilité de renoncer au contrat Génération 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. [Date] [Signature de l'adhérent]* ».

La renonciation entraîne résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique par Cocoon. En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation.

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

5.3. MODIFICATION DE VOTRE GARANTIE

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

Une modification de formule, vers une formule inférieure ou supérieure, est possible après la détention continue d'une formule pendant 12 mois. Cette modification de formule sera effective au plus tôt deux mois suivant la date de réception de la demande par Cocoon.

Par dérogation, une modification de formule 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), que cet évènement entraîne ou non l'ajout ou la sortie de bénéficiaire au bénéfice du contrat.

Toute modification de formule s'opère pour une nouvelle période minimale de 12 mois, à l'issue de laquelle une nouvelle modification de formule peut intervenir.

6. LES COTISATIONS

6.1. MONTANT À L'ADHÉSION

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

Le montant de la cotisation 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.

6.2. VARIATION DES COTISATIONS EN COURS D'ADHÉSION

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

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

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

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. A défaut, leur adhésion prendra effet à la date d'effet de la demande d'adhésion.

6.3. 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 ou mensuel) du paiement de la prime était en place sur votre adhésion, vous perdez le bénéfice de cette facilité de paiement.

Nous adresserons, par lettre recommandée à votre dernier domicile connu ou lettre recommandée

électronique, une 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 decotisations.

7. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

7.1. RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

L'adhérent a la faculté de résilier à l'issue d'une première période de 12 mois, puis à tout moment moyennant un préavis d'un mois. La demande de résiliation se fait, au choix de l'adhérent :

- Par lettre ou tout autre support durable,
- Par déclaration faite au siège de l'Entreprise d'assurance ou son représentant,
- Par acte extrajudiciaire.
- Lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
- Lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par voie électronique, par le même mode de communication
- Lorsqu'un contrat d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles a été conclu par voie électronique ou a été conclu par un autre moyen et que l'assureur, au jour de la résiliation par le souscripteur, offre au souscripteur la possibilité de conclure des contrats par voie électronique, la résiliation est rendue possible selon cette même modalité.

Elle doit être adressée à Cocoon - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY- SUR-SEINE cedex, qui confirme, par écrit, la réception de la notification.

<u>Précisions sur l'envoi recommandé électronique :</u>
Art. R. 53-2 du Code des postes et communications électroniques :
Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

1° / / Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;

2° / / Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;

3° / / Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;

4° / / La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;

5° / / La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi.

7.1.1. EN CAS DE MAJORATION DES COTISATIONS

L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 6.2 de la présente Notice d'information. Vous pourrez résilier l'adhésion dans un délai d'un (1) mois suivant la date où vous aurez eu la notification de l'augmentation.

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

7.1.2. RÉSILIATION POUR CHANGEMENT DE SITUATION

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 l'adhérent lorsque l'événement a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure, qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La demande de résiliation peut être effectuée selon les modalités décrites à l'article 7.1.

Elle doit être adressée à Cocoon – 4, rue Berteaux Dumas CS 50075 – 92522 NEUILLY-SUR-SEINE, qui confirme, par écrit, la réception de la notification.

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.

7.2. RÉSILIATION DU FAIT DE L'ASSUREUR

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente Notice d'information (article L 113-3 du Code des assurances),
- Lorsque l'adhérent et/ou les bénéficiaires ne relèvent plus d'un régime d'assurance maladie obligatoire en France métropolitaine. Dans ce cas, la résiliation prendra effet de plein droit un mois après la date à laquelle l'assureur aura eu connaissance de la nouvelle situation.

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

En cours d'adhésion

Vous devez signaler à Cocoon la survenance d'un évènement mentionné à l'article 7.1.2. du contrat, par écrit, dans un délai de trois 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 à l'adresse suivante Cocoon - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 Neuilly-sur-Seine cedex ou par e-mail à l'adresse suivante : sante@generation-sante.fr

Pour tout complément d'information relatif notamment à ces obligations, vous pouvez appeler au 02 98 76 92 50 du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00.

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 : espace assuré ou adresse postale : Génération – 29080 QUIMPER Cedex 9 / Téléphone : 02 98 51 38 00 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30.

9. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations de l'Adhérent. Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L.113-2 du Code des Assurances). Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous :

- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé ;

- Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L.113-9 du Code des Assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés) ;

Si dans le cadre d'un sinistre, l'Adhérent fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il appartient à l'assureur d'établir le caractère frauduleux.

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.

10. 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 180 jours 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.

11. LA PRESCRIPTION

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

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 euconnaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque- là.

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

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

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

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'assuré,
- Toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur,
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution.

12. 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.

13. ASSISTANCE

L'adhérent bénéficie automatiquement de l'assistance. Les prestations sont mises en œuvre par AWP France SAS – Société par actions simplifiées au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny – Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07026669 – www.orias.fr – Siège social : 7, rue Dora Maar, 93400 SAINT-OUEN – Ci-après dénommée « l' Assisteur » - et assurées par FRAGONARD Assurances – Société anonyme au capital de 37 207 660,00 € - 479 065 351 RCS Paris – Siège social : 2, rue Fragonard, 75017 PARIS – Société régie par le Code des assurances soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) sises au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09. Les modalités pratiques concernant cette assistance sont résumées en partie 2 de la présente Notice d'Information. Cette assistance est indissociable du contrat d'assurance « GÉNÉRATION SANTÉ » mais prend fin lors de la cessation du contrat d'assurance ou lors de la cessation de l'accord liant ACM et Fragonard Assurances AWP France pour la délivrance de ces prestations. Par ailleurs, les modalités pratiques de l'assistance, notamment les cotisations, les prestations et les exclusions, peuvent être modifiées en fonction des résultats du protocole d'assistance ou en cas dechangement d'assisteur.

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 remise lors votre adhésion au présent contrat. Le remboursement s'effectue, dans la limite des frais réellement engagés, selon la formule choisie par l'Adhérent et acceptée par l'Assureur.

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat « responsable » ne donnent pas lieu à prise en charge par l'Assureur :

- La participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13, II et III du Code de la Sécurité sociale ;

- La majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;

- La prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

De même, ne pourra être prise en charge toute garantie dont la couverture serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale ou

ses textes d'application.

14. LES PRESTATIONS COUVERTES

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

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

Les garanties sont exprimées :

- Soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le « remboursement obligatoire » et, dans la limite des frais réels,
- Soit en euros dans la limite d'un forfait dans l'année de garantie 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, à savoir l'année civile comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre.

En cas de changement de formule en cours d'année civile, la prestation forfaitaire déjà utilisée s'impute sur la prestation forfaitaire prévue par la nouvelle formule pour l'année civile d'assurance en cours.

15. 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 (pour le compte de l'assureur) peut demander la facture détaillée et le cas échéant, la prescription médicale. Après réception, l'assureur fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

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 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

15.1. 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 DPTM (OPTAM et OPTAM-CO) ou Dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

15.2. 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 des unités de soins de longue durée, des établissements médico-sociaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées ne font pas l'objet d'une prise en charge.

15.3. 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.

15.4. 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.

15.5. LES ACTES DE PRÉVENTION

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

15.6. 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 sans prise en charge de l'assurance maladie obligatoire s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques ayant fait l'objet d'une AMM et vendus en pharmacie d'officine en France.

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

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

Les médecines complémentaires

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

15.7. LES PRESTATIONS OPTIQUES

Les forfaits énoncés dans le tableau de garanties 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 euros par forfait.

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.

15.8. 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 pris en charge au minimum à hauteur du ticket modérateur.

15.9. 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 imposés par la convention.

Actes dentaires non pris en charge et 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.

Plafond dentaire

Le plafond dentaire prévu pour la formule choisie s'applique à tous les actes dentaires, remboursables ou non par la Sécurité sociale, à l'exception des soins dentaires et des actes du panier 100% santé. Le plafond est calculé par année de garantie et par bénéficiaire. Une fois le plafond dentaire atteint, les actes dentaires remboursables sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

15.10. PRINCIPE INDEMNITAIRE- PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

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

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

16. 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

17. 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.

18. 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 y compris le cas échéant sa terminaison.

Nous précisons que les données peuvent être recueillies directement auprès de vous ou qu'elles peuvent émaner de votre régime obligatoire d'assurance maladie, notamment dans le cadre de la télétransmission de vos prestations santé.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales.

Cela s'entend par exemple de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

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

Vos données peuvent aussi faire l'objet d'un traitement pour le respect de nos obligations légales en matière de lutte contre la corruption.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits ou services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention.

Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Vos données peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance, laquelle recouvre l'exagération frauduleuse du montant des réclamations. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Les déclarations, informations et tous justificatifs présentés en vue de l'acceptation et de l'établissement du contrat, puis à l'appui des demandes de délivrance de services, de règlement de sinistres ou de prestations, peuvent faire l'objet de vérifications. Ces vérifications sont destinées à vérifier la cohérence des déclarations, des circonstances et des conséquences du sinistre ainsi que la réalité, véracité et intégrité des éléments.

Les vérifications sont, le cas échéant, effectuées à l'aide d'un dispositif mettant en œuvre un traitement de profilage, opéré dans le strict respect des règles applicables. Ce traitement de profilage n'entraîne pas une décision entièrement automatisée, le dossier fait l'objet d'une intervention humaine systématique.

Ces vérifications pourront emporter le recours aux autorités, entités ou organismes publics ainsi qu'à tous organismes, tiers ou professionnels de toutes sortes. Les démarches pourront également emporter recours à des huissiers et des agents de recherche privés.Les informations collectées seront conservées jusqu'à la prescription de toutes les actions pouvant être exercées.

En cas de fraude avérée, l'assureur peut engager des poursuites pénales et inscrire la personne convaincue de fraude sur une liste l'excluant de toute possibilité de contracter avec l'assureur pendant 5 ans.

L'assureur est susceptible de traiter des données rendues publiques par tous supports.

Le cas échéant, si le contrôle devait porter sur des données de santé, il serait opéré dans le respect du cadre protecteur renforcé propre à ce type de données

18.1.2. À qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, professionnels de santé, établissements de santé et partenaires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat, de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services, de la lutte contre la fraude et du respect d'obligations légales ou règlementaires.

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. Elles sont également adressées aux autorités et organismes contribuant à la lutte contre ces phénomènes.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 18.1.1. Si la législation de l'Etat 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 ?

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

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

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En l'absence de conclusion de contrat vos données sont conservées pour une durée maximale de 3 ans. 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 DISPOSEZ

18.2.1. Nature des droits

La personne concernée dispose, s'agissant de ses données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de suppression, de limitation et de portabilité. Elle peut en outre s'opposer, dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

18.2.2. Exercice des droits

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 7.

19. 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 afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

20. 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 uneréclamation.

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	Génération Santé	SERENIS ASSURANCES

CONTRAT (Avenant, cotisation, ajout de bénéficiaire…)	sante@generation-sante.fr Ou Génération Santé 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex	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>

21. 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 ».

22. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de SERENIS 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 9.

23. 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.

24. INFORMATION EN CAS DE SANCTIONS INTERNATIONALES OU EMBARGO

On entend par « Mesures de Sanctions Internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale, tels que la France, l'Union européenne, les Etats Unis d'Amérique, le Royaume-Uni ou l'Organisation des Nations Unies (ONU). Ces mesures peuvent interdire à l'organisme assureur d'exécuter les obligations résultant du présent contrat d'assurance. Ces mesures peuvent avoir un caractère impératif ou exposer l'organisme assureur, ses employés ou les sociétés de son groupe d'appartenance, à des sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales.

Par voie de conséquence, l'existence de mesures de sanctions internationales entraîne, de plein droit et sans formalité, les effets suivants sur le contrat :

- La couverture du risque en application du contrat d'assurance est suspendue et aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie ;

- Les obligations de l'organisme assureur d'indemniser ou de fournir ses services et prestations en application du contrat d'assurance sont suspendues. Cette suspension s'applique à toute obligation de paiement d'une somme d'argent ou de fournir une prestation, notamment dans le cadre d'un sinistre ou dans le cadre d'un remboursement total ou

partiel de cotisation.

L'exigibilité du paiement de la somme d'argent contractuellement due par l'organisme assureur est reportée jusqu'au jour où lesdites mesures de sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation de ce dernier, sous réserve de l'application des règles de prescription rappelées au contrat. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

PARTIE 2 : VOTRE ASSISTANCE

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance qui peuvent être accordés aux bénéficiaires d'un contrat complémentaire santé.

1. GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, l'Assisteur pourra communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

1.1. RECHERCHE DE MÉDICAMENTS

En cas d'accident ou de maladie survenu au domicile, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer de son domicile, l'Assisteur fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie. L'Assisteur fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment même où ceux-ci lui seront apportés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par l'Assisteur.

1.2. RECHERCHE D'UNE INFIRMIÈRE

À la demande du bénéficiaire, et sur prescription médicale, l'Assisteur communique les numéros de téléphone d'infirmières à proximité de son domicile.

1.3. . EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS À LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

1.3.1. GARDE DES ENFANTS

L'Assisteur organise la garde des enfants à charge, de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales. L'Assisteur prend en charge cette garde pendant 3 journées consécutives à raison de 12 heures par jour (du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h00 et 19h00, **dans la limite des disponibilités locales**). Cette assistance est accordée également en cas de décès du bénéficiaire.

1.3.2. CONDUITE DES ENFANTS À L'ÉCOLE

La garde d'enfants pourra, si aucun proche ne peut se rendre disponible, conduire les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule. Cette garantie est accordée pendant les 3 journées de prise en charge citées au paragraphe 1.3.1.

1.3.3. TRANSFERT DES ENFANTS / PETITS-ENFANTS

L'Assisteur organise et prend en charge au départ et à destination de la France métropolitaine et de la principauté de Monaco :

- Soit le transport aller/retour des enfants à charge de moins de 15 ans, chez une personne désignée par le bénéficiaire. L'accompagnement des enfants, s'il est jugé nécessaire par l'Assisteur est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire;
- Soit, le transport aller/retour d'une personne désignée par le bénéficiaire afin qu'elle vienne au domicile du bénéficiaire pour effectuer la garde des enfants. Cette assistance est également accordée en cas de décès, ainsi que, dans les mêmes conditions ;
    - Pour le retour chez leurs parents, des petits-enfants se trouvant chez l'assuré.

1.3.4. PRÉSENCE AU CHEVET D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 3 jours, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par le bénéficiaire un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste afin de se rendre à son chevet. Cette prestation est organisée et prise en charge au départ et à destination de la France métropolitaine et de la Principauté de Monaco.

1.3.5. HÉBERGEMENT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

L'Assisteur organise l'hébergement de la personne désignée au paragraphe ci-avant et prend en charge ses frais réellement exposés dans la limite de 80 euros TTC par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser, pour la durée du séjour, 480 euros TTC.

Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe ci-avant (sauf accord exprès de l'Assisteur).

1.3.6. AIDE-MÉNAGÈRE À DOMICILE

Pendant et/ou à la suite immédiate d'une hospitalisation du bénéficiaire de plus de 3 jours, l'Assisteur recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales, une aide-ménagère pour un maximum de 14 heures dans les jours qui suivent la fin de l'hospitalisation. Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 2 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 18h00 du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc.) au domicile du bénéficiaire.

L'Assisteur prend en charge les frais ainsi occasionnés.

1.3.7. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

(CHIENS, CHATS)

Suite à l'hospitalisation du bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge la garde, à l'extérieur, des petits animaux de compagnie, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires. Les frais de transport, de garde et de nourriture sont pris en charge dans la limite de 230 euros TTC.

1.3.8. TRANSMISSION DE MESSAGES

L'Assistance se chargera de transmettre les messages destinés au bénéficiaire lorsque celui-ci ne peut être joint directement, par exemple, en cas d'hospitalisation. De même, l'Assisteur pourra communiquer, sur appel d'un membre de la famille, un message que le bénéficiaire aura laissé à son intention.

1.4. SERVICES EN CAS DE MALADIE D'UN ENFANT DU BÉNÉFICIAIRE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni le bénéficiaire, ni son conjoint ne peuvent assumer cette tâche, l'Assisteur missionne une garde d'enfants malades (du lundi au vendredi hors jours fériés, entre 8h00 et 19h00) et prend en charge sa rémunération pendant 6 journées consécutives à raison de 12 heures par jour. L'appréciation du médecin doit être confirmée par l'envoi ultérieur d'un certificat médical établi avant l'appel à l'Assisteur. La mise à disposition d'une garde d'enfants malades et la prise en charge de sa rétribution ne peuvent dépasser trois interventions par année de couverture du contrat Assurance Santé pour chaque enfant.

2. EN CAS D'URGENCE

2.1. RECHERCHE D'UN MÉDECIN

En l'absence du médecin traitant, l'Assisteur aide à trouver un médecin proche du domicile du bénéficiaire (médecin de garde ou organisme d'urgence). En aucun cas, l'Assisteur ne sera tenu pour responsable si aucun médecin n'est disponible.

De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de l'Assisteur.

2.2. RECHERCHE ET RÉSERVATION D'UNE PLACE EN MILIEU HOSPITALIER

À la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, l'Assisteur organise la réservation d'une place en milieu hospitalier, public ou privé, dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire et dans la limite des disponibilités.

2.3. TRANSFERT À L'HÔPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

- Dans le cas où l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation et sur prescription médicale après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, l'Assisteur organise et prend en charge le transport par ambulance du bénéficiaire, de son domicile à l'hôpital le plus proche dans un rayon de 50 km. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

- À l'issue de l'hospitalisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du bénéficiaire s'il n'est pas en état de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son domicile, dans un rayon de 50 km du domicile. La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire, ou ses ayants droit, auprès de la Sécurité sociale et de la complémentaire ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer

toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à l'Assisteur toutes sommes perçues par lui à ce titre, lorsque l'avance des frais aura été faite par l'Assisteur.

3. INFORMATIONS

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h, l'Assisteur communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaire dans les domaines suivants :

Information Santé

- La vie courante
- Les préparatifs d'un voyage
- Des conseils médicaux spécialisés

Information juridique, administrative et pratique pour la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. L'Assisteur s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

L'Assisteur peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par l'Assisteur exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de l'Assisteur ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

4. GARANTIES AU DOMICILE À PARTIR DE 60 ANS

Dès 60 ans, l'assuré bénéficie des prestations suivantes.

En cas d'immobilisation au domicile

Si le médecin traitant estime que, à la suite d'une maladie non chronique, d'un accident ou au retour d'une hospitalisation, le bénéficiaire ne peut rester temporairement seul à son domicile l'Assisteur missionne au choix, du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 20h00 :

- Une garde-malade et prend en charge sa rémunération à concurrence de 12 heures par jour pendant 5 jours ;
- Une aide-ménagère et prend en charge sa rémunération à concurrence de 20 heures (minimum 4 heures par jour) ;
- Organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire. L'Assisteur lui rembourse également les frais d'hébergement sur place jusqu'à 80 euros TTC par nuit, dans la limite de 480 euros TTC pour la durée du séjour.

L'appréciation du médecin traitant doit être confirmée par l'envoi ultérieur à l'Assisteur d'un certificat médical établi avant l'appel à l'Assisteur et précisant que le bénéficiaire ne peut rester seul au domicile.

La mise à disposition d'une garde-malade ou d'une aide- ménagère, ainsi que la prise en charge de leur rétribution, ne peuvent dépasser trois interventions par année de couverture du contrat Génération Santé et par bénéficiaire.

Recherche de médicaments, soins médicaux et esthétiques, repas

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, l'Assisteur :

- Met en œuvre la livraison au domicile des médicaments prescrits par le médecin lors d'une visite ; le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire ;
- Communique au bénéficiaire les coordonnées d'organismes qui fournissent à domicile des soins médicaux, des services de repas, des soins esthétiques à domicile ou à l'hôpital.

5. RESPONSABILITÉ

L'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

L'Assisteur ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civiles ou

étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économique (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des finances : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanction-financieres-internationales), mouvements populaire, émeute, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Il s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente Notice d'Information ne peut donner lieu à remboursement que si l'Assisteur a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de l'Assisteur ne concerne que les services qu'il réalise en exécution de la présente Notice d'Information. Il ne sera pas tenu responsable :

- des actes réalisés par les prestataires intervenant auprès du bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions précisées dans le texte de la Notice d'Information, sont toujours exclus :

- Les suites et les conséquences de maladies sauf si elles résultent directement de l'accident garanti;
- Les accidents survenus dans le cadre de la pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel d'activités électives ou syndicales;
- Les dommages résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques autre que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;
- Les conséquences de tout dommage que le bénéficiaire s'est causé intentionnellement ;
- Les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance de personne en danger ;
- Les conséquences du suicide ou d'une tentative de suicide ;
- Les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le bénéficiaire ou l'absorption par le bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement ;
- Les dommages ou aggravations de dommages provenant de la guerre civile ou étrangère ;
- Les accidents et traitements médicaux résultants d'expérimentations biomédicales ;
- Les dommages ou aggravations de dommages d'origine nucléaire résultant d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par accélération artificielle de particules;
- Les frais non justifiés par des documents originaux.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante : reclamation@votreassistance.fr ou envoyer un

courrier à l'adresse : AWP France SAS, Service Réclamations, TSA 7002 – 93488 Saint-Ouen Cedex.

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanche et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'Assisteur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé au dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance http://www.mediation-assurance.org LMA – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

2. COMPETENCE JURIDICTIONNELLE

AWP France fait élection de domicile en son siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre l'Assisteur à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

3. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurances sont fixées à l'article L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L114-2 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.».

Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code

civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

4. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

4.1. Responsable du traitement des données

Fragonard Assurances est responsable du traitement de données à caractère personnel, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

4.2. Données collectées

Les différents types de données personnelles sont collectés et traités conformément à ce qui suit :

- Les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et

- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, les « données personnelles sensibles » pourront être collectées et traitées.

⚠ En souscrivant le présent contrat, le bénéficiaire s'engage à communiquer les informations figurant dans cet article à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc…) et il accepte de ne pas communiquer ces informations autrement.

4.3. Collecte et traitement de données

Les données personnelles transmises par le Bénéficiaire et celles reçues de tiers (comme expliqué plus bas), sont collectées et traitées pour un certain nombre de finalités et sous réserve du consentement exprès du Bénéficiaire, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Consentement exprès ?
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnisations à verser ou le type d'assistance à fournir, etc…)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées, dans le cadre du traitement de la réclamation, le consentement exprès du Bénéficiaire ne sera pas sollicité.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire et de l'améliorer	Non, le responsable du traitement a un intérêt légitime à contacter le Bénéficiaire après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de s'assurer que ses obligations contractuelles ont été exécutées d'une manière satisfaisante. Toutefois le bénéficiaire a le droit de s'y opposer en contactant comme cela est expliqué dans la section 8 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives).	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
A des fins de vérification pour se conformer aux obligations légales et aux procédures internes.	Non, le responsable du traitement peut traiter les données du Bénéficiaire dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par ses procédures internes. Il ne sollicitera pas le consentement du Bénéficiaire au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la

	règlementation en vigueur ou au titre de son intérêt légitime. Toutefois le responsable du traitement s'assurera que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par la société mère du responsable du traitement.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demande d'indemnisation.	Si le responsable de traitement réalise l'une de ces activités de traitement, il le fera en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et le consentement du Bénéficiaire n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel, s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la règlementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	Non, il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la règlementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du responsable du traitement. Par conséquent, il est en droit de traiter les donnes du Bénéficiaire à cette fin sans avoir à recueillir son consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, les données personnelles traitées sont reçues du partenaire commercial SERENIS ASSURANCES.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles il est indiqué que le consentement exprès du Bénéficiaire n'est pas requis ou dans les cas où le responsable du traitement aurait besoin de ces données personnelles dans le cadre de la souscription du contrat d'assurance et/ou conformément à ses obligations légales.

Les données personnelles du bénéficiaire seront nécessaires pour tout achat de produits et services. Si le bénéficiaire ne souhaite pas fournir ces données, AWP France SAS ne sera pas en mesure de garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles d'intéresser le Bénéficiaire, ou encore de lui proposer des offres adaptées à ses exigences spécifiques.

4.4. Accès aux données

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles du bénéficiaire pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que:

- Tiers, responsable du traitement des données : organismes du secteur public, autres sociétés du groupe, réassureurs ;
- Préposés au traitement des données, opérant sous la responsabilité de Fragonard Assurances : autres sociétés du groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégataires des opérations d'AWP France SAS (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, les données personnelles du bénéficiaire pourront être partagées dans les cas suivants :

- Dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de l'activité de Fragonard Assurances, de ses actifs ou de ses titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires); et afin de se conformer à toute obligation légales, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où le Bénéficiaire présenterait une réclamation concernant l'un des produits ou services de Fragonard Assurances.

4.5. Transfert des données

Les données personnelles du bénéficiaire pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4 « Accès aux données», toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert des données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société du groupe auquel appartiennent AWP France SAS et Fragonard Assurances, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe.

Le bénéficiaire peut prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE, en contractant AWP France SAS comme indiqué dans la section 8 « Contact » lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, des mesures seront prises afin de garantir que le transfert des données personnelles hors UE soit effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance des mesures de protection mises en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

4.6. Droits relatifs aux données personnelles

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, le bénéficiaire a le droit :

- d'accéder à ses données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer son consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de ses données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier ses données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer ses données personnelles des systèmes d'AWP France SAS si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de ses données personnelles dans certaines circonstances;
- de s'opposer au traitement de ses données personnelles par les services d'AWP France SAS ou de solliciter l'arrêt du traitement desdites données;
- d'obtenir ses données personnelles au format électronique, pour son usage personnel ou celui de son nouvel assureur et de déposer une plainte auprès d'AWP France SAS et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

Le bénéficiaire peut exercer ces droits en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

4.7. Durée de conservation des données

Les données personnelles du bénéficiaire ne sont conservées que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous figurent quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus :

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre - deux (2) ans à compter du règlement du sinistre
- En cas de sinistre avec dommage corporel – dix (10) ans à compter du sinistre
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, des obligations ou des évènements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes règlementaires en cours, qui peuvent

remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

4.8. Contact

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, le bénéficiaire peut contacter AWP France SAS par e-mail ou par courrier postal:

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

DEMANDE D'ASSISTANCE

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, faire l'objet d'un accord préalable de l'Assisteur et être formulée directement auprès des services de l'Assisteur suivant les modalités précisées ci-après.

EN CAS D'URGENCE

Contacter l'Assisteur sans délai :

- au +33.1.40.25.52.55 (numéro non surtaxé) accessible 24h/24 et 7j/7
- Accès sourds et malentendants :

https://accessibilite.votreassistance.fr (24h/24)

Veuillez indiquer :

- les nom et prénom du bénéficiaire
- l'adresse exacte du bénéficiaire
- le numéro de téléphone auquel le bénéficiaire peut être joint
- le numéro du contrat 921.070

OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS D'ASSISTANCE

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le bénéficiaire s'engage à fournir à l'Assisteur :

- Soit concurremment à sa demande écrite,
- Soit dans les 5 jours suivant son appel, sauf cas fortuit ou de force majeure, tous les actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'évènement ouvrant droit au bénéfice des présentes conventions. Faute par le bénéficiaire de respecter les dispositions qui précèdent, l'Assisteur serait en droit de lui réclamer le remboursement des frais exposés

ANNEXE – Tableaux des garanties

GÉNÉRATION SANTÉ – 11/23 – Contrat n°1750221, 1750222, 1750223, 1750224

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		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE et MATERNITE					
Honoraires médecins, chirurgiens et anesthésistes en secteur conventionné	Dans le cadre du DPTM (1)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
	Hors DPTM (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Honoraires médecins, chirurgiens et anesthésistes en secteur non conventionné		100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (2)		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour conventionné ou non conventionné		100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Chambre particulière, dans la limite de 30 jours par an		-	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans et personne de plus de 60 ans), dans la limite de 30 jours par an		-	15 € par jour	15 € par jour	20 € par jour
Transports pris en charge par le RO		100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS					
Honoraires médicaux					
Médecin généraliste (consultations et visites)	Dans le cadre du DPTM (1)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
	Hors DPTM (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Médecin spécialiste (consultations et visites)	Dans le cadre du DPTM (1)	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	250 % BRSS
	Hors DPTM (1)	100 % BRSS	110 % BRSS	160 % BRSS	180 % BRSS
Actes techniques médicaux	Dans le cadre du DPTM (1)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
	Hors DPTM (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Radiologie	Dans le cadre du DPTM (1)	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	250 % BRSS
	Hors DPTM (1)	100 % BRSS	110 % BRSS	160 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux et analyses		100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Psychologue remboursé par le RO (3)		100 % BRSS (max 8 séances /année civile)	100 % BRSS (max 8 séances /année civile)	100 % BRSS (max 8 séances /année civile)	100 % BRSS (max 8 séances /année civile)
Pharmacie					
Médicaments prescrits et remboursés par le RO		100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments prescrits non remboursés par le RO, forfait par an et par bénéficiaire		-	-	30 €	45 €
Matériel médical					
Prothèses médicales et appareillages		100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
DENTAIRE					
Soins et prothèses dentaires éligibles au panier **100% santé**, tels que définis réglementairement					
Prothèses 100% santé : - couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1ères prémolaires), couronnes céramiques monolithiques zircones (incisives et canines), couronnes métalliques toutes localisations ; - Inlays-core et couronnes transitoires ; - Bridges céramo-métalliques (incisives et canines), bridges full zircon et métalliques toutes localisations, prothèses amovibles à base de résine.		100 % FR			
Soins et prothèses dentaires non éligibles au panier 100% santé, **à tarif maîtrisé** (4) **ou libre** (5)					
Soins, actes dentaires et consultations		100 % BRSS	100 % BRSS	115 % BRSS	150 % BRSS
Inlays, Onlays		100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par le RO		100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO, limité à 3 prothèses par an		-	100 €	150 €	200 €

Implants dentaires, limité à 3 implants par an	-	100 €	200 €	300 €
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par le RO	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Orthodontie non remboursée par le RO, forfait par semestre	-	100 €	200 €	300 €
Parodontologie				
Parodontologie, vernis, blanchiment, curetage, forfait par an et par bénéficiaire	-	75 €	120 €	150 €
Plafond dentaire Plafond dentaire, par an et par bénéficiaire, pour tous les actes dentaires remboursés ou non, à l'exception des soins dentaires et des actes éligibles au panier 100% santé. Une fois le plafond atteint, les prestations sont limitées au ticket modérateur pour les actes remboursables.	Aucun	1 500 €	1 500 €	2 000 €
Plafond dentaire à compter de la 3ème année de garantie		2 000 €	2 000 €	2 500 €
Plafond dentaire à compter de la 4ème année de garantie		2 500 €	2 500 €	3 000 €
OPTIQUE				
La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en classe B et 30 € en classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible à compter de la dernière acquisition par période de : • deux ans pour les assurés de 16 ans et plus, sauf évolution de la vue ; • d'un an pour les assurés de moins de 16 ans, sauf évolution de la vue ; • de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de monture inadaptée à la morphologie de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, sur prescription. Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur. Il n'est pas cumulable d'une année sur l'autre.				
Equipements éligibles au panier **100% santé** « **Classe A** » tel que défini réglementairement (6)				
Monture et verres	100 % FR			
Equipements éligibles au panier **100% santé** « **Classe B** »				
Equipement adulte plus de 16 ans				
Lunettes avec verres simples (7)	100 % BRSS	100 €	150 €	200 €
Lunettes avec verres complexes et combinaison simple / complexe (7)	100 % BRSS	200 €	230 €	250 €
Lunettes avec verres très complexe et combinaison complexe / très complexe (7)	100 % BRSS	200 €	250 €	350 €
Equipement enfant moins de 16 ans				
Lunettes avec verres simples (7)	100 % BRSS	100 €	130 €	150 €
Lunettes avec verres complexes et combinaison simple / complexe (7)	100 % BRSS	200 €	220 €	240 €
Lunettes avec verres très complexe et combinaison complexe / très complexe (7)	100 % BRSS	200 €	240 €	300 €
Autres				
Lentilles de contact, y compris jetables, prises en charge ou non par le RO, forfait par an et par bénéficiaire	100 % BRSS	100 % BRSS + 50 €	100 % BRSS + 100 €	100 % BRSS + 150 €
Chirurgie de l'œil, forfait par an et par bénéficiaire	-	100 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil à compter de la 3ème année de garantie, forfait par an et par bénéficiaire	-	200 €	250 €	300 €
AIDES AUDITIVES				
Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de la dernière acquisition				
Equipement éligible au panier **100% Santé** « Classe I » (8)	100 % FR			
Equipement non éligibles au panier 100% santé « Classe II » dans la limite de 1 700 € par oreille (sous déduction du remboursement du RO), forfait par oreille et par bénéficiaire	100 % BRSS	100 % BRSS + 100 €	100 % BRSS + 200 €	100 % BRSS + 400 €
Equipement non éligibles au panier 100% santé « Classe II » dans la limite de 1 700 € par oreille et à compter de la 3ème année d'assurance (sous déduction du remboursement du RO), forfait par oreille et par bénéficiaire	100 % BRSS	100 % BRSS + 200 €	100 % BRSS + 300 €	100 % BRSS + 500 €
Accessoires et entretien, forfait par an et par bénéficiaire	100 % BRSS	100 % BRSS + 50 €	100 % BRSS + 80 €	100 % BRSS + 120 €
MEDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Acupuncture, Diététicien, Chiropracteur, Psychologue, Naturopathe, Pédicure-podologue non pris en charge par la Sécurité sociale, nombre de séances par an et par bénéficiaire	-	15 € par séance, maximum 3 par an	25 € par séance, maximum 3 par an	40 € par séance, maximum 3 par an
AUTRES GARANTIES				

Cure thermale (soins, transport et hébergement remboursés par le RO), forfait par an et par bénéficiaire	-	100 €	200 €	250 €
Cure thermale à compter de la 3ème année de garantie (soins, transport et hébergement remboursés par le RO), forfait par an et par bénéficiaire	-	200 €	300 €	350 €
Actes de prévention pris en charge par le RO dans le cadre des contrats responsables (9)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Vaccins non remboursés par le RO, sevrage tabagique, bilan nutritionnel, examen de mesure de la densitométrie osseuse, forfait par an et par bénéficiaire	-	20 €	30 €	45 €

RO = régime obligatoire de Sécurité sociale / BRSS = Base de remboursement de la Sécurité sociale / FR = frais réels
Par an, nous entendons une année de garantie, qui correspond à une année civile entre le 1er janvier et le 31 décembre. La première année de garantie court de la prise d'effet au 31 décembre. Les forfaits Optique et Aides Auditives s'entendent à la date d'acquisition et non en forfait par année civile comme défini. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire.
Nos remboursements sont effectués dans la limite des frais réels engagés et dans la limite de la garantie souscrite.
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) A l'exclusion des unités de soins de longue durée, des établissements médico-sociaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées
3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « Mon Soutien Psy ». Plus d'informations sur : monsoutienpsy.sante.gouv.fr
4) 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 (Prix limite de vente : PLV) 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.
5) 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 prévus à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale.
6) Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents 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.

Verre simple :

- 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 cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verre complexe :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone -6,00 / +6,00 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et cylindre supérieur à +4,00 dioptries
- simple unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à 6,00 dioptries
- verre multifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries
- verre multifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et cylindre inférieur ou égal à +4,00
- verre multifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8,00 dioptries

Verre très complexe :

- verre multifocal sphérique dont la sphère est hors zone -4,00 / +4,00 dioptries
- verre multifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et cylindre supérieur à +4,00
- verre multifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- verre multifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre et supérieure à +8,00 dioptries.

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.

Tels que définis règlementairement et visés à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale

*Les 7 actes de prévention sont définis par l'arrêté du 8 juin 2006 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 :
1 • Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, n'intervienne qu'une fois par dent et soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire.
2 • Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum) ;
3 • Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4 • Dépistage hépatite B
5 • 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 vocale dans le bruit; Audiométrie tonale ou vocale; Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie
6 • 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.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans.
7 • Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, Coqueluche : avant 14 ans, Hépatite B : avant 14 ans, BCG avant 6 ans, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Fiche d'information standardisée

Cocoon : données générales

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 - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS cedex 09 www.acpr.banque-france.fr

Cocoon est un courtier en assurances inscrit à l'Orias, indépendant des organismes d'assurances envers lesquels il n'est tenu à aucune exclusivité.

Cocoon distribue les contrats d'assurance sous les marques, Cocoon, Cocoon Assurance Santé et Génération Santé.

Notre expertise, notre expérience et notre connaissance du Marché nous permettent :

- D'agir au mieux des intérêts de nos clients
- D'analyser leurs besoins et exigences spécifiques

afin de proposer à une sélection de contrats d'assurance adaptés aux besoins de nos clients

Notre rémunération

Nous percevons des commissions calculées sur la base d'un pourcentage des cotisations hors taxes afférentes aux contrats placés par nos soins et versées aux organismes d'assurances.

Nous ne percevons pas d'honoraires complémentaires sous quelque forme que ce soit.

Nos relations avec les organismes assureurs ainsi que nos rôles et responsabilités sont régis par d'une Convention de distribution et de gestion des contrats.

Notre offre

Notre offre, établie dans le respect des articles L 521-1 à L 521-7 et R 521-1 et 2 du code des assurances, est réalisée au vu de l'état des lieux de vos besoins, réalisé à partir des éléments que vous nous avez transmis.

L'étude de ces éléments nous permet de vous préconiser une offre adaptée parmi celles que nous avons présélectionnées sur la base de critères de performance, d'adéquation des garanties à vos besoins et de proposition de services à valeur ajoutée, mises en place avec nos partenaires assureurs.

Si vous étiez amenés à nous fournir des informations complémentaires, nous réadapterions notre analyse et cette proposition.

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit : **GENERATION SANTE**

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

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 ?

GENERATION SANTE 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 :

- ✓ **Un 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 y compris à service médical rendu (SMR) faible (remboursés à 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Aides auditives :** équipement libre

Les services proposés :

- ✓ Consultation des remboursements et garanties en ligne
- ✓ Géolocalisation des professionnels de santé partenaires
- ✓ Pas d'avance de frais auprès de 100.000 professionnels de santé

L'Assistance prévue :

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 unités de soins, les établissements d'hébergement médicaux-sociaux et les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (EHPAD)

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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

- ! 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

***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 Prudentiel 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*

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties du contrat s'appliquent dans tous les Etats membres de l'Union Européenne, y compris les départements et régions français d'Outre-mer (DOM et 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 180 jours.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie, de suspension ou de résiliation :

- **A l'adhésion au contrat**
  Répondre exactement aux questions posées
  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.

- **En cas de sinistre**
  L'adhérent doit remettre 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.

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.

L'adhésion prend fin en cas :
- De résiliation par l'assuré dans les cas et conditions fixées au contrat ;
- De non-acceptation par l'assuré, dans un délai d'un mois, d'une nouvelle proposition tarifaire faite par l'assureur ;
- De non-paiement de la cotisation ;
- De retrait de l'agrément de l'assureur.

Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré a la faculté de résilier le contrat à l'issue d'une première période de 12 mois, puis à tout moment moyennant un préavis d'un mois.
La demande de résiliation se fait, au choix de l'adhérent,
- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège de COCOON ou son représentant ;
- par acte extrajudiciaire ;
- lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- lorsqu'un contrat d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles a été conclu par voie électronique ou a été conclu par un autre moyen et que l'assureur, au jour de la résiliation par le souscripteur, offre au souscripteur la possibilité de conclure des contrats par voie électronique, la résiliation est rendue possible selon cette même modalité.

***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 Prudentiel 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*