



Notice d'information contractuelle

Garantie Dépendance®

L'ADHÉSION

Toute personne **de moins de 76 ans**, résidant en France métropolitaine **(à l'exclusion de la Corse)**, à Monaco ou dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) **à l'exclusion de Mayotte**.

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction : n° 8838 G (pour les contrats "Madelin"), n° 8798 N (pour les contrats "non Madelin") souscrits par les associations Alptis Seniors et Apti auprès de CNP Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, et n° F 02 D 0001 (pour l'assistance), souscrit par les associations Alptis Seniors et Apti auprès de Filassistance International, entreprise régie par le Code des assurances.

Sommaire

CONDITIONS GÉNÉRALES	3-9
NATURE DES GARANTIES	3-4
ADHÉSION	4-5
PRESTATIONS	5-6
COTISATIONS	7-8
EN CAS DE SINISTRE	8
BARÈME DE RÉDUCTION DES GARANTIES DÉPENDANCE	9
DISPOSITIONS DIVERSES	9
GARANTIES D'ASSISTANCE	10-13

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis Seniors dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, l'association Apti dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations régies par la loi de 1901,
 - et d'autre part, CNP Assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15, Société Anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré, 341 737 062 RCS Paris, entreprise régie par le code des assurances,
- des contrats d'assurances de groupe à adhésion facultative : n° 8838 G (pour les contrats "Madelin") et n° 8798 N (pour les contrats "non Madelin").

Ces contrats sont ouverts aux membres des associations Alptis Seniors et Apti. La gestion de ces contrats est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le numéro du contrat et l'option choisie sont précisés sur votre certificat d'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

NATURE DES GARANTIES

QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère, de prestations en espèces et de prestations d'assistance aux assurés qui se trouvent de façon définitive dans l'état de dépendance défini ci-après.

QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS ?

DÉFINITION DU RISQUE DÉPENDANCE

Est reconnu en état de dépendance l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

- **dépendance fonctionnelle** : impossibilité totale d'effectuer seul certains des 6 actes de la vie quotidienne définis ci-après, suite à un handicap physique médicalement constaté.
- **dépendance psychique** : impossibilité totale d'effectuer seul certains des 6 actes de la vie quotidienne définis ci-après, de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence. Celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test "Mini Mental State Examination" de Folstein.

L'assuré doit par ailleurs se trouver dans l'une des situations suivantes :

- l'assuré est hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées.
- l'assuré est hospitalisé en unité de long séjour.
- l'assuré bénéficie à la fois des services de soins médicaux à domicile et de l'assistance d'une tierce personne, justifiés par un certificat médical.

DÉFINITION DES 6 ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

- **La toilette** : capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- **L'habillement** : capacité de s'habiller et se déshabiller.
- **L'alimentation** : capacité de se servir et de manger de la nourriture préparée et mise à disposition.
- **La continence** : capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale y compris en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux.
- **Le déplacement** : capacité de se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger.
- **Les transferts** : capacité de passer du lit à une chaise ou un fauteuil et inversement.

NIVEAUX DE DÉPENDANCE

Le nombre d'actes de la vie quotidienne que l'assuré est dans l'impossibilité d'accomplir définit son niveau de dépendance et lui donne droit à des prestations différentes :

- **Niveau 1** : l'assuré est incapable d'effectuer 2 actes de la vie quotidienne sur 6.
- **Niveau 2** : l'assuré est incapable d'effectuer 3 actes de la vie quotidienne sur 6.
- **Niveau 3** : l'assuré est incapable d'effectuer 4 actes de la vie quotidienne sur 6.
- **Niveau 4** : l'assuré est incapable d'effectuer 5 ou 6 actes de la vie quotidienne sur 6.

MODIFICATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de l'état de santé de l'assuré. Un nouveau dossier médical devra être constitué, et l'indemnisation au nouveau niveau de dépendance interviendra dès la reconnaissance par l'assureur du nouvel état.

QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ?

En fonction du niveau de dépendance et de la couverture choisie. Le détail des prestations est donné en page 5 et 6.

NIVEAU DE DÉPENDANCE	FORMULE A	FORMULE B
Niveau 1	Assistance	Assistance
Niveau 2	Assistance	Assistance + capital "Premières dépenses"* + "Repos de l'aidant" **
Niveau 3	Assistance	Assistance + capital "Premières dépenses"* + "Repos de l'aidant" ** + Rente "dépendance partielle"
Niveau 4	Assistance + rente "dépendance totale"	Assistance + capital "Premières dépenses"* + "Repos de l'aidant" ** + Rente "dépendance totale"

*Capital "premières dépenses" : en option de la Formule B ; le capital est versé une seule fois au cours de l'adhésion.

**"Repos de l'aidant" : en option de la Formule B.

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises en France métropolitaine (**à l'exclusion de la Corse**), à Monaco ou dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) **à l'exclusion de Mayotte**, et dans le monde entier lors de séjour n'excédant pas deux mois. Toutefois, les prestations Rente dépendance, Capital premières dépenses et Repos de l'aidant ne sont versées que si l'état de dépendance est constaté médicalement en France métropolitaine, dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) **à l'exclusion de Mayotte** ou à Monaco. Si l'accident ou la maladie entraînant un état de dépendance est survenu à l'étranger, les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

LOI MADELIN

Les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat (à l'exception de celles relatives à la garantie optionnelle "capital 1^{ères} dépenses"), s'ils remplissent les conditions prévues par la loi.

ADHÉSION

QUAND L'ADHÉSION PREND T-ELLE EFFET ?

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et :

- au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion par Alptis Assurances, pour l'assuré qui a répondu négativement à toutes les questions de la déclaration d'état de santé,
- au plus tôt le lendemain de l'acceptation de l'assureur, si l'assuré a rempli un questionnaire de santé.

La date de prise d'effet de l'adhésion souhaitée figurant sur la demande d'adhésion ne peut être postérieure à quatre mois par rapport à la date indiquée sur la déclaration d'état de santé et sur le questionnaire de santé. Passé ce délai, de nouvelles formalités médicales devront être accomplies pour accepter le candidat à l'assurance.

Les modalités d'adhésion sont définies dans la demande d'adhésion.

La notification de décision d'entrée dans l'assurance est matérialisée par un certificat d'adhésion précisant la date d'effet des garanties.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, concernant les réponses à la déclaration d'état de santé ou au questionnaire de santé, entraîne la nullité de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 113-8 du code des assurances ou la réduction des indemnités dans les conditions prévues à l'article L. 113-9 du code des assurances.

QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Tout sinistre survenant dans un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion de l'assuré ne donne pas lieu à garantie. Ce délai est porté à trois ans en cas de dépendance d'origine mentale. Il est supprimé en cas de dépendance résultant d'un accident.

On entend par accident : "toute atteinte corporelle provoquée exclusivement par un événement extérieur, imprévu et soudain, dont l'assuré est involontairement victime".

En cas de survenance d'un sinistre non pris en charge pendant le délai d'attente, la garantie est résiliée et les cotisations versées sont remboursées à l'assuré.

DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile :

L'article L. 112-9 du Code des assurances dispose que *"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".*

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent),..... demeurant àai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signée le (date).....".

À..... Le

Signature

QUAND LA GARANTIE CESSE-T-ELLE ?

L'assuré reste garanti quels que soient son âge et l'évolution de son état de santé.

Les garanties cessent toutefois de produire leurs effets dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement de la cotisation, si la durée de paiement des cotisations a été inférieure à 8 années,
- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'assuré, notifiée par lettre recommandée, adressée au siège d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, deux mois avant la date de son échéance annuelle, ou avant le 1^{er} janvier si cette dénonciation fait suite à une modification du contrat ou une augmentation du barème des cotisations,
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois,
- en cas de survenance d'une dépendance non prise en charge de l'assuré pendant le délai d'attente,
- en cas de décès de l'assuré,
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation.

QUELLES SONT LES MODIFICATIONS POSSIBLES ?

A - PAR L'ASSURÉ

L'assuré peut diminuer le montant de sa garantie (choix d'une couverture inférieure) sous réserve d'en aviser Alptis Assurances avant le 1^{er} novembre par lettre recommandée. La modification prend effet au 1^{er} janvier suivant.

Il peut également, dans le même délai, demander une augmentation de garantie (choix d'une couverture supérieure). Il doit alors accomplir les formalités d'adhésion en vigueur au moment de la modification.

L'augmentation prend effet au 1^{er} janvier suivant sous réserve, pour le supplément de garantie, de l'acceptation de l'assureur et de l'application du délai d'attente prévu au chapitre "À partir de quand êtes-vous couvert ?".

Toutes les modifications sont faites aux conditions de garanties et de cotisations en vigueur à leur date de prise d'effet.

B - PAR L'ASSUREUR ET PAR L'ASSOCIATION

Les modifications apportées par l'assureur (en accord avec l'association) interviennent au renouvellement du contrat avec un préavis de 6 mois.

L'association en informe tous les assurés par écrit au moins trois mois à l'avance. Ils ont la possibilité, soit de modifier leurs garanties dans les conditions définies ci-avant, soit de dénoncer leur adhésion à effet du 1^{er} janvier suivant en adressant une lettre recommandée 2 mois avant cette date.

LES RISQUES EXCLUS

L'assureur ne garantit pas les conséquences :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré, de tentative de suicide,
- de l'usage de stupéfiant sans prescription médicale,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués.
- d'un état de dépendance survenu durant un séjour de plus de deux mois hors de France métropolitaine, des départements d'outre mer ou de Monaco.

PRESTATIONS

QUELLES SONT VOS PRESTATIONS ET COMMENT SONT-ELLES REVALORISÉES ?

L'assuré choisit lors de l'adhésion la couverture qu'il souhaite parmi les 9 couvertures proposées.

Ce choix détermine le montant de ses prestations en rente et capital.

Au 1^{er} janvier de chaque année, le montant des garanties des adhésions en cours et des rentes en cours de paiement est revalorisé par référence à l'évolution du point AGIRC constatée le 1^{er} janvier de l'année N-1 par rapport au 1^{er} janvier de l'année N-2. **Les garanties réduites ne sont pas revalorisées.**

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise de 3 mois décompté à partir de la date de reconnaissance de l'état de dépendance de l'assuré par l'assureur.

QUELLES PRESTATIONS POUVEZ-VOUS CHOISIR ?

Deux formules de garanties, au choix de l'assuré, sont proposées.

FORMULE A - Dépendance totale

Lorsque l'assuré est reconnu par l'assureur en état de dépendance de niveau 4 uniquement (impossibilité d'effectuer 5 ou 6 Actes de la Vie Quotidienne sur 6), une rente viagère mensuelle du montant correspondant à la couverture choisie lui est versée.

MONTANT DE LA RENTE MENSUELLE	DÉPENDANCE TOTALE (NIVEAU 4)
Couverture 1	300 €
Couverture 2	600 €
Couverture 3	900 €
Couverture 4	1 200 €
Couverture 5	1 500 €
Couverture 6	1 800 €
Couverture 7	2 100 €
Couverture 8	2 400 €
Couverture 9	2 700 €

La rente est payable mensuellement, à terme échu.

FORMULE B : Dépendance partielle et totale

Lorsque l'assuré est reconnu par l'assureur en état de dépendance de niveau 3 (impossibilité d'effectuer 4 Actes de la Vie Quotidienne sur 6), celui-ci lui verse une rente viagère mensuelle "partielle" du montant correspondant à la couverture choisie.

Lorsque l'assuré est reconnu par l'assureur en état de dépendance de niveau 4 (impossibilité d'effectuer 5 ou 6 Actes de la Vie Quotidienne sur 6), une rente viagère mensuelle "totale" du montant correspondant à la couverture choisie lui est versée.

MONTANT DE LA RENTE MENSUELLE	DÉPENDANCE PARTIELLE (NIVEAU 3)	DÉPENDANCE TOTALE (NIVEAU 4)
Couverture 1	150 €	300 €
Couverture 2	300 €	600 €
Couverture 3	450 €	900 €
Couverture 4	600 €	1 200 €
Couverture 5	750 €	1 500 €
Couverture 6	900 €	1 800 €
Couverture 7	1 050 €	2 100 €
Couverture 8	1 200 €	2 400 €
Couverture 9	1 350 €	2 700 €

La rente est payable mensuellement, à terme échu.

LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE (formules A et B)

Des prestations d'assistance sont délivrées à l'assuré en cas de dépendance. Elles sont modulées en fonction de son niveau de dépendance.

Ces prestations sont décrites ci-après (pages 10 à 13).

Garanties optionnelles pour les assurés ayant choisi la formule B

L'assuré ayant souscrit la formule B (dépendance partielle et totale) peut compléter sa garantie en souscrivant deux garanties dites optionnelles qui sont : le capital "premières dépenses" et la prestation "repos de l'aidant".

Ces deux garanties sont indépendantes (l'une pouvant être souscrite sans l'autre).

L'assuré ayant souscrit uniquement la formule A (dépendance totale) ne peut opter pour les garanties optionnelles.

LE CAPITAL "PREMIÈRES DÉPENSES" option de la FORMULE B

Lorsque l'assuré est reconnu par l'assureur en état de dépendance de niveau 2 (impossibilité pour l'assuré d'effectuer 3 Actes de la Vie Quotidienne sur 6), l'assureur lui verse un capital destiné à faire face aux premières dépenses (matériel spécialisé, aménagement du domicile...) dont le montant dépend de la couverture choisie à l'adhésion.

Le niveau de couverture choisi par l'assuré, pour cette option, doit être identique à celui de la rente formule B.

	MONTANT DU CAPITAL 1 ^{ÈRES} DÉPENSES
Couverture 1	1 500 €
Couverture 2	3 000 €
Couverture 3	4 500 €
Couverture 4	6 000 €
Couverture 5	7 500 €
Couverture 6	9 000 €
Couverture 7	10 500 €
Couverture 8	12 000 €
Couverture 9	13 500 €

Le capital est également versé en cas de reconnaissance de l'assuré en dépendance de niveau 3 ou 4 (impossibilité d'effectuer 4 ou 5 Actes de la Vie Quotidienne sur 6) s'il n'a pas été versé au titre d'un niveau précédent.

Le capital est versé une seule fois au cours de l'adhésion.

LA PRESTATION "REPOS DE L'AIDANT" option de la FORMULE B

Lorsque l'assuré est reconnu en dépendance de niveau 2 (impossibilité d'effectuer 3 Actes de la Vie Quotidienne sur 6), l'assureur prend en charge, une fois par an, le coût du placement de l'assuré, habituellement à domicile, dans une structure d'accueil spécialisée pour une durée de 10 jours, sur la base d'un prix de 75 € par jour. Si l'assuré dépendant est hébergé en Institution ou hospitalisé de manière définitive, cette prise en charge est remplacée par une majoration de la rente viagère de 750 € par an.

COTISATIONS

COMMENT SONT FIXÉES LES COTISATIONS ?

Les cotisations sont fixées en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion ainsi que des options choisies.
L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'assuré.

COTISATIONS MENSUELLES - COUVERTURE 1				
	FORMULE A	FORMULE B		
	Dépendance totale	Dépendance partielle + totale	Option capital 1 ^{ères} dépenses	Option repos de l'aidant
- de 51 ans	7,55 €	9,44 €	1,48 €	5,42 €
52 ans	7,88 €	9,85 €	1,56 €	5,65 €
53 ans	8,23 €	10,29 €	1,62 €	5,91 €
54 ans	8,62 €	10,76 €	1,70 €	6,18 €
55 ans	9,00 €	11,25 €	1,79 €	6,45 €
56 ans	9,43 €	11,79 €	1,87 €	6,75 €
57 ans	9,87 €	12,33 €	1,97 €	7,06 €
58 ans	10,34 €	12,92 €	2,07 €	7,40 €
59 ans	10,85 €	13,56 €	2,18 €	7,75 €
60 ans	11,39 €	14,24 €	2,30 €	8,13 €
61 ans	11,96 €	14,94 €	2,43 €	8,52 €
62 ans	12,55 €	15,70 €	2,57 €	8,94 €
63 ans	13,21 €	16,51 €	2,72 €	9,40 €
64 ans	13,89 €	17,37 €	2,88 €	9,86 €
65 ans	14,60 €	18,26 €	3,05 €	10,36 €
66 ans	15,38 €	19,23 €	3,23 €	10,89 €
67 ans	16,21 €	20,27 €	3,43 €	11,45 €
68 ans	17,10 €	21,38 €	3,64 €	12,04 €
69 ans	18,03 €	22,53 €	3,87 €	12,67 €
70 ans	19,03 €	23,79 €	4,14 €	13,35 €
71 ans	20,10 €	25,12 €	4,42 €	14,06 €
72 ans	21,30 €	26,62 €	4,71 €	14,84 €
73 ans	22,59 €	28,25 €	5,06 €	15,66 €
74 ans	23,98 €	29,97 €	5,43 €	16,54 €
75 ans	25,46 €	31,83 €	5,81 €	17,50 €
76 ans	27,50 €	34,38 €	6,28 €	18,90 €

Pour les couvertures 1 à 8, les cotisations ci-dessus doivent être multipliées par le coefficient correspondant au niveau choisi (de 1 à 8), sauf pour l'option "Repos de l'aidant".

Pour la couverture 9, les cotisations ci-dessus doivent être multipliées par le coefficient 9, et majorées de 13 %, sauf pour l'option "Repos de l'aidant".

À ces cotisations s'ajoutent :

- la cotisation d'association de **1 €** par mois et par dossier,
- la cotisation d'assistance de **1,23 €** par mois pour l'assuré (adhérent principal et conjoint),
- le droit d'entrée à l'association de **11 €** (cette somme est perçue une seule fois lors de l'adhésion).

En cas d'adhésion simultanée du conjoint (à la même formule de garantie et aux mêmes options), une réduction de 10 % est appliquée sur les 2 cotisations, sous réserve de l'acceptation dans l'assurance des deux candidats et en l'absence de renonciation de l'un d'eux à son adhésion.

On entend par conjoint, toute personne mariée ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage (article 515-8 du Code civil).

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PAIEMENT ?

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent faire l'objet d'un règlement fractionné par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle au choix de l'assuré. Elles cessent d'être dues à partir du 1^{er} jour du mois suivant le début du service de la rente. La part de prime correspondant à la période s'échelonnant entre la date de service de la rente et l'échéance de paiement suivante fera l'objet d'un remboursement à l'adhérent.

Le paiement des cotisations se fait par prélèvement automatique, sans frais.

COMMENT SONT REVALORISÉES LES COTISATIONS ?

Elles sont revalorisées à chaque échéance annuelle dans les mêmes conditions que les garanties, c'est-à-dire en fonction de la variation du point AGIRC, constatée le 1^{er} janvier de l'année N-1 par rapport au 1^{er} janvier de l'année N-2.

COMMENT EST RÉVISÉ LE BARÈME DES COTISATIONS ?

Le barème des cotisations applicable aux assurés déjà affiliés au contrat pourra être révisé en fonction de l'évolution des résultats du contrat.

Alptis Assurances est tenu d'informer tous les assurés de cette révision au moins 3 mois à l'avance. Ils ont alors la possibilité soit de modifier leurs garanties dans les conditions définies ci-avant, soit de résilier leur adhésion.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?

À défaut de paiement de la cotisation due par l'assuré, Alptis Assurances peut exclure l'assuré du contrat, après mise en demeure par lettre recommandée, conformément au code des assurances.

Toutefois, si les cotisations ont été payées pendant huit années par l'assuré, il n'est pas procédé à cette exclusion mais à une réduction des garanties. Le montant des garanties de l'assuré est réduit par application d'un coefficient fixé en fonction du nombre d'années de cotisations acquittées. Ce calcul de réduction est effectué selon le barème en vigueur lors de la réduction. Ce barème est présenté en page 9 de la présente notice.

Le barème de réduction est révisable annuellement dans les mêmes conditions que les cotisations d'assurance.

Après réduction, l'assuré ne bénéficie plus des prestations d'assistance.

EN CAS DE SINISTRE

QUE FAIRE EN CAS DE DÉPENDANCE ?

L'examen de la demande de prestations intervient selon la procédure suivante.

L'assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser à Alptis Assurances les pièces suivantes :

- un formulaire de demande de prestations signé par l'assuré ou par son représentant légal ;
- les justificatifs suivants :
 - un imprimé "justificatif d'état de dépendance" rempli éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou de l'entourage, et adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur, aux bons soins d'Alptis Assurances,
 - une notification de la Sécurité Sociale plaçant l'assuré en 3^e catégorie ; à défaut, un certificat médical attestant que l'assuré est atteint d'une invalidité totale, permanente et définitive nécessitant l'assistance continue d'une tierce personne,
 - ceux des justificatifs suivants qui correspondent à la situation de l'assuré :
 - **en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement** : attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour,
 - **en cas de maintien à domicile** : certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile accompagné de justificatifs de l'emploi d'une tierce personne si celle-ci est rémunérée, de justificatifs d'emploi (avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emploi-services) ;
- **en cas de dépendance consécutive à un accident survenu au cours du délai d'attente**, tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec la dépendance ;
- le cas échéant, un document certifiant l'attribution à l'assuré d'une prestation dépendance attribuée par les pouvoirs publics et indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation. Ce renseignement a une valeur indicative pour l'assureur qui effectue sa propre évaluation du niveau de dépendance de l'assuré.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier ainsi que de faire visiter, par un médecin de son choix, tout assuré demandant à bénéficier des prestations. En cas de refus de l'assuré, celui-ci perd tout droit à garantie.

Au cours du paiement de la prestation, l'assureur se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance de l'assuré. En cas de refus de l'assuré, le paiement de la prestation cesse.

PROCÉDURE DE CONCILIATION

L'assuré qui conteste la décision de l'assureur doit faire parvenir à Alptis Assurances un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

La procédure de conciliation est la suivante : l'assureur invite son médecin conseil et le médecin de l'assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

Cette procédure n'est pas appliquée si le médecin de l'assuré et le médecin conseil de l'assureur peuvent signer un procès verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé de l'assuré.

BARÈME DE RÉDUCTION DES GARANTIES DÉPENDANCE

Barème en vigueur au 1^{er} janvier 2014 - cf. page 8, complément au § "que se passe-t-il en cas de non paiement des cotisations ?"

DURÉE DE PAIEMENT DES COTISATIONS	CŒFFICIENT DE MAINTIEN	DURÉE DE PAIEMENT DES COTISATIONS	CŒFFICIENT DE MAINTIEN
8 ans	25 %	20 ans	50 %
9 ans	28 %	21 ans	52 %
10 ans	30 %	22 ans	54 %
11 ans	32 %	23 ans	56 %
12 ans	34 %	24 ans	58 %
13 ans	36 %	25 ans	60 %
14 ans	38 %	26 ans	62 %
15 ans	40 %	27 ans	64 %
16 ans	42 %	28 ans	66 %
17 ans	44 %	29 ans	68 %
18 ans	46 %	≥ 30 ans	70 %
19 ans	48 %		

DISPOSITIONS DIVERSES

DÉLAI DE PRESCRIPTION

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

Article L.114-1 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article L.114-3 du Code des assurances : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et d'Alptis Assurances. CNP Assurances est une SA au capital de 686 618 477 € entièrement libéré. 341.737.062 RCS PARIS. Entreprise régie par le code des assurances. Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent est invité à formuler d'abord sa réclamation au Service Client d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas - 69003 Lyon ou à l'adresse suivante : serviceclient@alptis.fr en précisant son numéro d'adhérent. Alptis Assurances en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si elle a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur, qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant. Les modalités de la procédure de médiation seront communiquées sur demande adressée à la Direction de l'Instruction de la Médiation - CNP Assurances - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnii@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

SUBROGATION

L'assureur se substitue à l'adhérent aux fins de poursuite de tout responsable d'un sinistre. Cette subrogation intervient à concurrence des prestations qu'il a versées. Conformément à l'article L. 131-2 du code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré victime d'un accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'assureur a exposées, à, due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare les conséquences pécuniaires de l'impossibilité de l'assuré à travailler.

Les prestations d'assistance "**FILASSIST AUTONOMIE PLUS**", définies ci-après, sont assurées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** : S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au Régistre du Commerce et des Sociétés de Nanterre au numéro 433 012 689. Siège social : 108, bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE FILASSIST AUTONOMIE ?

Vous et vos proches pouvez bénéficier des prestations d'assistance dès votre adhésion au contrat et aussi longtemps que vous êtes assuré à ce titre sauf après la réduction de vos garanties pour non-paiement de cotisation.

Le terme "vos proches" désigne vos ascendants et descendants au 1^{er} degré, votre conjoint ou votre partenaire ayant conclu un PACS ou votre concubin notoire.

COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

FILASSISTANCE INTERNATIONAL est accessible du lundi au vendredi de 9 h 00 à 20 h 00 (et 24h sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente) et délivre les prestations en France métropolitaine, Principauté de Monaco et DOM.

Le numéro de téléphone figure sur votre certificat d'adhésion ainsi que le numéro de convention à indiquer lors de l'appel. **Vous devez contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL préalablement à toute intervention.**

Les informations transmises par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** sont des informations d'ordre général et communiquées dans le respect de la déontologie médicale des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL décline toute responsabilité dans le cas ou une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

La reconnaissance de l'état de dépendance est établie par la CNP. Dans le cas où **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** serait amené à intervenir avant même que la CNP n'ait pu établir l'état de dépendance, elle se réserve la possibilité de demander tout justificatif de l'état de dépendance (certificats médicaux...).

QUELLES SONT LES PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION ?

ÉCOUTE, CONSEILS, INFORMATIONS VIE PRATIQUE

Sur simple appel téléphonique de votre part, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** :

- Recherche des solutions adaptées et des intervenants adéquats (professionnels de santé, établissements de santé, fournisseurs en équipements santé et services associés, ambulanciers, etc...).
- Vous communique des renseignements concernant les voies de recours possibles après refus de prise en charge par le régime obligatoire, les formalités administratives à accomplir.
- Répond à vos demandes dans les domaines suivants : habitation - logement, salaires, assurances sociales - allocations - retraites, services publics, droit des consommateurs, hygiène de vie (alimentation, etc.) ; préparation aux voyages (précautions sanitaires et comportementales...), effets secondaires des médicaments, vaccinations.
- Vous communique des informations générales sur les pathologies, la nutrition, les traitements...

INFORMATIONS SUR LA DÉPENDANCE

En cas de dépendance d'un de vos proches, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** vous communique toutes les informations dont vous avez besoin (droits, démarches à effectuer) et vous met en contact le cas échéant avec les organismes concernés.

AIDE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER

En cas de dépendance d'un de vos proches, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** vous aide à la constitution du dossier (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée...).

RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL vous indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir en long séjour ou temporairement votre proche devenu dépendant (sous réserve des possibilités d'accueil et de l'accord de l'établissement).

ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Lors de la survenance de la dépendance d'un de vos proches, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** peut vous mettre en relation avec une plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales... destinée à vous assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

Sur simple appel téléphonique de votre part, l'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** composée notamment de médecins, de psychologues cliniciens, d'assistantes sociales et de chargés d'assistance spécialisés, réalise un bilan prévention autonomie.

Ce bilan aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours, notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement. Il permet de favoriser le maintien à son domicile et de préserver sa qualité de vie.

L'équipe de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour vous accompagner (ou accompagner vos proches) dans les démarches de maintien à domicile.

Une solution en téléassistance est également mise en œuvre à votre demande avec une prise en charge des frais de mise en service par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** pour tout abonnement de plus de 12 mois.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à votre demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) réalise un diagnostic plus complet à votre domicile, sur l'aménagement de votre habitat et de votre environnement et vous propose ainsi des solutions :

- de prévention afin de limiter notamment les hospitalisations ou les rechutes,
- de rééducation,
- de réadaptation afin d'améliorer son indépendance,
- ainsi qu'une proposition d'aide spécifique au handicap.

L'équipe de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** élabore ce diagnostic en synergie avec différents intervenants locaux tels que les spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériels spécialisés et adaptateurs de véhicules.

Les frais engagés suite au diagnostic réalisé par téléphone sont à votre charge (ou à celle de vos proches).

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

De plus, lors des entretiens téléphoniques, l'équipe de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** vous aide (ainsi que vos proches) :

- à constituer un dossier d'autonomie/dépendance,
- à établir un état de vos dépenses et de vos revenus,
- et vous informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier des aides financières, en tenant compte de votre nouvelle situation financière.

Selon votre situation, l'équipe de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** vous conseille (ainsi que vos proches) sur les financements possibles (notamment par des organismes publics, des mutuelles), vous oriente vers les organismes concernés et le cas échéant vous met en relation avec les services sociaux locaux. Les informations transmises par notre équipe sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

BILAN PRÉVENTION MÉMOIRE

Sur votre demande ou celle de vos proches, l'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** réalise une évaluation médico-psychosociale de vos capacités cognitives et de mémorisation. En cas de plainte amnésique (mémoire) objectivée, vous êtes orienté(e) vers votre médecin traitant afin que soit réalisée une évaluation globale de vos fonctions cognitives (intellectuelles) par des professionnels compétents. Ce dépistage précoce d'un trouble de la mémoire permettra de vous inscrire dans un parcours de soins et de prise en charge thérapeutique spécifique.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL vous écoute, vous informe et vous accompagne (ainsi que vos proches) selon le niveau de déficit cognitif et le mode de vie. **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** s'appuie sur son équipe pluridisciplinaire (composée de médecins, de psychologues cliniciens, d'assistantes sociales et de chargés d'assistance spécialisés), sur les réseaux locaux et les différents dispositifs d'aide existants (groupe de parole, atelier mémoire, hébergement temporaire...), sur ses partenaires externes et sur son Conseil Scientifique et Éthique Senior.

En cas de vieillissement normal de la mémoire, vous pouvez bénéficier de conseils, par exemple sur "comment entretenir sa mémoire ?" ou "quelle conduite à tenir vis-à-vis des différents facteurs de risques de survenue d'une maladie neurodégénérative ?".

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

QUELLES SONT LES PRESTATIONS ACCESSIBLES À PARTIR DU NIVEAU 2 DE DÉPENDANCE ?

Impossibilité d'effectuer 3 actes de la vie quotidienne sur 6

En plus des prestations définies page précédente, sont également prévues :

ADAPTATION DU DOMICILE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge, à hauteur de 460 € maximum par assuré, l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pour préparer l'adaptation de votre logement et vous conseiller (types de travaux, fournisseurs de matériel spécialisé, adaptation de véhicules, associations...).

De plus, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** peut rechercher des entreprises pour faire établir des devis en vue de cette adaptation et si vous le souhaitez, vous met en relation avec elles.

En aucun cas, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS LA NUIT, LES SAMEDI, DIMANCHE ET JOURS FERIÉS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise l'acheminement à votre domicile de médicaments indispensables à votre traitement immédiat selon une prescription médicale, si vous êtes dans l'incapacité physique de vous déplacer et qu'aucun membre de votre entourage ne peut intervenir.

Les frais engagés (portage et médicaments) restent à votre charge.

PORTAGE DES REPAS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise pour vous des services de portage de repas.

Les frais engagés (portage et repas) restent à votre charge.

TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à votre disposition un appareil de téléassistance qui vous permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

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

Cette prestation vous permet de bénéficier d'une écoute 24H/24 par les équipes d'assistance, de la présence 24H/24 et 7 jours/7 d'une équipe spécialisée dans notre centre d'appel, d'un dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** et de la mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge la mise en service d'un appareil par foyer, les frais d'abonnement restant à votre charge.

BILLET DE VISITE OU GARDE

Lors du retour à votre domicile après une hospitalisation de plus de 4 jours, si vous êtes seul, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** :

- **soit**, met à la disposition d'un proche un titre de transport aller et retour, afin que ce dernier se rende à votre chevet (dans la limite de deux interventions par an) et rembourse également les frais d'hôtel (hors frais de restauration) à concurrence de 45 € par nuit, avec un maximum par séjour de 230 €.

Le billet de visite est accordé sous réserve que le trajet ait lieu en France métropolitaine ou dans le département de résidence pour les DOM.

- **soit**, recherche et prend en charge, si vous êtes seul, une garde malade dans la limite de 15 heures, pendant les 5 jours qui suivent le retour au domicile.

La prise en charge se limite à une seule intervention par année d'assurance.

AIDE MÉNAGÈRE

Lors de votre retour au domicile après une hospitalisation de plus de 4 jours, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** organise la venue d'une aide et prend en charge sa rémunération à raison de **30 heures** au plus, réparties sur 10 jours ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour (avec un maximum de 60 heures par an). Le nombre d'heures prise en charge est apprécié, selon vos besoins, par l'équipe médicale de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**. Des justificatifs (certificats médicaux, justificatifs d'hospitalisation...) vous seront éventuellement demandés.

GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge la garde de vos animaux domestiques pendant ou suite à une hospitalisation supérieure à 4 jours.

La prise en charge se limite à une seule intervention par adhésion et à une durée de 8 jours.

QUELLES SONT LES PRESTATIONS ACCESSIBLES À PARTIR DU NIVEAU 3 DE DÉPENDANCE ?

Impossibilité d'effectuer 4 à 6 actes de la vie quotidienne sur 6

En complément des prestations décrites en pages 10 et 11 délivrées dans les mêmes conditions, sont également prévues :

TÉLÉASSISTANCE

Vous bénéficiez de la prestation TÉLÉASSISTANCE telle que définie ci-dessus complétée par une prise en charge de l'abonnement pendant 3 mois.

ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche pour vous des services d'aide au déplacement (à la banque, à la poste, dans un établissement de soins...) et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur. **FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge 4 fois par an, au plus, les frais engagés avec un maximum annuel de 460 €.**

AUXILIAIRE DE VIE

À votre demande, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** recherche et organise la venue d'une auxiliaire de vie pour vous venir en aide. **Les frais engagés restent à votre charge.**

ENTRETIEN DU DOMICILE ET AUTRES TRAVAUX DIVERS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à votre disposition un service de renseignements, du lundi au samedi de 9H à 19H, et 24H/24 en cas d'urgence, destiné à communiquer le numéro de téléphone des services de dépannage rapide situé à proximité de votre domicile (plomberie, menuiserie, électricité, peinture, tapisserie, serrurerie, vitrerie, réparation TV, électroménager et entretiens divers).

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne pourra être tenu pour responsable des travaux effectués par le prestataire que vous avez contacté. Les frais engagés restent à votre charge.

TÉLÉSÉCURITÉ - PRÉVENTION VOL

FILASSISTANCE INTERNATIONAL vous renseigne sur les alarmes d'habitation et la télésurveillance et, si vous le souhaitez, vous met en relation avec une société qui installera le matériel de télésécurité.

Les coûts d'installation et d'abonnement sont à votre charge.

ASSISTANCE DÉMÉNAGEMENT

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise votre déménagement si votre état de dépendance rend indispensable un changement de domicile ou si vous devez être hébergé dans un établissement spécialisé.

Les frais engagés restent à votre charge.

SUIVI DE LA QUALITÉ DE VIE DE L'ADHÉRENT

À votre demande, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** pourra vous contacter périodiquement (au maximum tous les mois pendant une période de 6 mois) afin de maintenir un contact avec l'extérieur et de connaître votre ressenti quant aux conditions dans lesquelles vous vous trouvez dans le cadre de votre nouvel hébergement.

MISE À DISPOSITION DU MATÉRIEL ADAPTÉ AUX HANDICAPÉS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL pourra prendre en charge, à votre demande en complément des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, les frais de matériel adapté aux handicapés (lit, chaise roulante...) avec un **maximum de 770 €**, une seule fois par assuré.

MISE À DISPOSITION D'UN COIFFEUR À DOMICILE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche et prend en charge, à votre demande, la venue d'un coiffeur à domicile. La prise en charge ne pourra excéder 6 visites par an avec un **maximum de 500 € par assuré.**

SERVICE SOUTIEN DE LA MÉMOIRE

En complément du bilan Prévention Mémoire, en cas de vieillissement normal de votre mémoire, vous pouvez bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé. Ce programme d'une durée de 6 mois, basé sur des exercices spécifiques conçus et réalisés par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** avec l'appui de partenaires reconnus, a plusieurs objectifs :

- stimuler vos fonctions intellectuelles et vous permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne,
- s'approprier le "pourquoi je dois entretenir ma mémoire et comment le faire ?",
- repenser son hygiène de vie à l'égard des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.

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

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

FILASSISTANCE INTERNATIONAL s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat. Cependant **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- par les hostilités, représailles, conflits, saisies-arrêts, contraintes, mobilisations ou détentions par une autorité de droit ou de fait ;
- par la mobilisation générale ;
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités ;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc ;
- par les cataclysmes naturels ;
- par les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation d'atome ou de la radioactivité ;
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES ?

Il est rappelé que dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales.

Ne sont pas couverts les séjours à l'étranger supérieurs à 90 jours consécutifs.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'assuré lors de la durée de la garantie, ne donnent lieu à aucun remboursement a posteriori ou aucune indemnité compensatoire.

Sont exclus de la présente convention, les dommages résultant de votre participation à toutes épreuves, courses, compétitions motorisées ou leurs essais, ainsi que tous les sports pratiqués à titre professionnel.

Sont également exclus les dommages provoqués intentionnellement par vous-même.

Toute fraude, falsification ou faux témoignage intentionnel, nous permettra de vous opposer la nullité du présent contrat (article L. 113-8 du code des assurances).

Ne sont pas pris en charge les frais de restauration, taxi, hôtel sauf s'ils font l'objet de l'accord de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**.