

GÉNÉRATION SANTÉ

Information et Conseil

Article L. 520-1 du code des assurances

Les informations suivantes que nous vous invitons à lire attentivement concernent votre contrat d'assurance Génération Santé. Ces informations vous renseignent sur l'identité de l'assureur, de l'assisteur, de l'intermédiaire, ainsi que sur certains éléments essentiels du contrat d'assurance sur lesquels nous souhaitons attirer votre attention. Il est important de lire intégralement la Notice d'information du contrat d'assurance valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) réf. NI GSN 10/18 et de poser toutes vos questions en appelant le 02 98 51 21 00 afin de vous assurer que le contrat d'assurance est en adéquation avec votre situation financière et vos besoins personnels.

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

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

■ Le contrat d'assurance Génération Santé

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

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

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

Résiliation, cessation de l'adhésion

Vous pouvez mettre fin à l'adhésion, moyennant préavis de deux mois, à la date anniversaire de votre adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1^{er} janvier. Vous pouvez résilier par tout moyen écrit à votre convenance et justifiable par vos soins à l'attention de Génération Santé - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex, ou un e-mail devant faire l'objet d'un accusé de réception formel à l'adresse suivante : sante@generation.fr. La résiliation prendra effet un mois après la date de notification à l'assureur ou à une échéance

ultérieure si vous la précisez.

L'assurance prend également fin à l'égard de tous les bénéficiaires indiqués sur le certificat d'adhésion en cas de non-paiement de la cotisation (se reporter à l'article 6.3 de la Notice d'information « Non paiement des cotisations »), et à l'échéance annuelle de l'adhésion, sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat cadre.

■ Cotisation

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

■ Faculté de renonciation

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat pendant un délai de trente jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- De l'adhésion au contrat
- De la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure, et expire le dernier jour à 24h00.

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

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 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 ».

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser à l'attention de Génération Santé 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 Neuilly-sur-Seine cedex une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception suivant le modèle ci-dessous :

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

La renonciation entraîne la Résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique.

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

■ Information concernant l'Assureur

SERENIS ASSURANCES SA - Société anonyme à Conseil d'Administration au capital de 16.422.000 € - 350 838 686 RCS ROMANS - N° TVA : FR13350838686 - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse du siège social : 25 rue du docteur Henri ABEL - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

■ Information concernant l'Assisteur

Les prestations sont mises en œuvre par AWP France SAS - Société par actions simplifiée 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 » ou désignée par son nom commercial « Mondial Assistance » - et assurées par FRAGONARD ASSURANCES Société anonyme au capital de 37 207 660 € 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) sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 9

■ Information concernant l'Intermédiaire

Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS cedex 09.

■ En cas de réclamation

Qu'est-ce qu'une réclamation ?

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

Comment nous transmettre une réclamation ?

Si votre réclamation concerne les prestations santé, vous pouvez vous adresser à Génération:

- www.generation.fr via le formulaire adresser une réclamation : Génération - Traitement des réclamations - 12 bis rue de Kérogan - 29000 Quimper
- Si votre réclamation concerne la vie du contrat (avenant, cotisation, ajout bénéficiaire), vous pouvez vous adresser à Génération Santé : sante@generation.fr / Génération Santé - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex
- Si votre réclamation concerne la prestation assistance du contrat, vous pouvez vous adresser à Mondial Assistance : reclamation@votreassistance.fr / AWP France SAS - Service Réclamations - TSA 70002-93488 Saint Ouen cedex

Nous nous engageons à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de sa réception.

Nous étudierons attentivement votre demande et une réponse vous sera adressée dans un délai de deux mois maximum à compter de la réception de la totalité des éléments permettant de traiter votre réclamation.

Si la réponse ne vous convient pas, et après avoir sollicité toutes les voies de recours interne, vous pourrez alors écrire au Médiateur à l'adresse postale suivante : La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

GÉNÉRATION SANTÉ

Notice d'information

Notice d'information réf. NI GSN 10/18 valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) pour les contrats d'assurance Génération Santé Senior (contrat n° 1750086), Génération Santé Famille (contrat n° 1750087) et Génération Santé Jeunes (contrat n° 1750088)

SOMMAIRE

Dispositions spécifiques à la vente à distance.....	2
Définitions	2
Art. 1 - Quelques définitions utiles	2
Partie 1 - Votre complémentaire santé	4
Art. 2 - La nature du contrat.....	4
Art. 3 - L'objet du contrat	4
Art. 4 - Le caractère du contrat.....	4
La vie du contrat	
Art. 5 - Les conditions et les formalités d'adhésion.....	4
Art. 6 - Les cotisations	5
Art. 7 - La résiliation de l'adhésion	6
Art. 8 - Les obligations de l'adhérent en cours d'adhésion.....	6
Art. 9 - La fraude et la fausse déclaration	6
Art. 10 - L'étendue territoriale des garanties	6
Art. 11 - La prescription	7
Art. 12 - Assistance	7
Vos garanties	
Art. 13 - Les prestations couvertes.....	7
Art. 14 - Le règlement des prestations	8
Art. 15 - La subrogation	9
Dispositions diverses et informations légales	
Art. 16 - Loi applicable au contrat	9
Art. 17 - Informatique et Libertés	9
Art. 18 - Réclamation	10
Art. 19 - Médiation	10
Art. 20 - Autorité de contrôle.....	10
Partie 2 - Votre assistance	10
Dispositions générales	13
Demande d'assistance	15
Obligations du bénéficiaire en cas d'assistance	15
Annexe - Tableaux des garanties	16-17-18

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Dispositions générales relatives à la vente à distance

Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance

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

Droit de renonciation à l'adhésion

Vous reporter 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. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'adhérent.

Dispositions spécifiques à l'adhésion par internet

Modalités d'adhésion

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

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

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

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

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

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

Consultation et archivage des documents

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

Convention de preuve

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

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

Responsabilités

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

Dispositions spécifiques à l'adhésion par voie téléphonique

Modalités d'adhésion

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

Preuve de l'adhésion

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

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

DÉFINITIONS

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

1. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES

VOUS

Désigne les assurés (adhérents et bénéficiaires).

ACCIDENT

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

ANNÉE 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.

BÉNÉFICIAIRE

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

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.

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 dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu ou lieu de résidence secondaire situé en France métropolitaine, à condition que la résidence principale se situe en France métropolitaine.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

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

GÉNÉRATION - 29080 Quimper cedex 9

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

HOSPITALISATION

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

LIMITE D'ÂGE À LA SOUSCRIPTION

Génération Santé Senior : âge < 76 ans à la date d'affiliation
Génération Santé Famille : âge < 56 ans à la date d'affiliation
Génération Santé Jeunes : âge < 31 ans à la date d'affiliation

PHARMACIE

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

PRESCRIPTION

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

RÉSILIATION

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'Informations: Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par:

- Train en 2nde classe sauf mention contraire
- Avion en classe économique
- Véhicule de location
- Taxi (pour toute distance inférieur à 50 km)

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

LA VIE DU CONTRAT

5. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

5.1. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Votre adhésion à une des garanties dépend de votre âge au moment de la souscription. Vous pouvez à tout moment et selon les règles en vigueur transférer votre adhésion :

Aux garanties Génération Santé Senior

Toute personne physique âgée de 55 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.

Aux garanties Génération Santé Famille

Toute personne physique âgée de 25 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 56 ans.

Aux garanties Génération Santé Jeunes

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 31 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

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

5.2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

5.2.1. PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

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

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

PARTIE 1 : VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

2. LA NATURE DU CONTRAT

Il s'agit de contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par Coverlife ci-après dénommé « souscripteur », auprès de SERENIS ASSURANCES SA ci-après dénommée « assureur ».

Ces contrats sont régis par le code des assurances.

Ils peuvent faire l'objet de modifications ; à cette occasion une information écrite est adressée aux adhérents par le souscripteur.

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

4. LE CARACTÈRE DU CONTRAT

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par 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.

Date de prise d'effet

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

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

5.2.2. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

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

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

5.2.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat pendant un délai de trente jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- De l'adhésion au contrat
 - De la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure,
- et expire le dernier jour à 24h00.

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

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 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 ».

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser à l'attention de Génération Santé 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 Neuilly-sur-Seine cedex une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception suivant le modèle ci-dessous :

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

La renonciation entraîne la Résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique.

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

5.3. MODIFICATION DE VOTRE GARANTIE

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

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

Ensuite, la modification de la formule est possible à tout moment moyennant préavis d'un (1) mois. Aucune autre modification de formule ne sera possible dans les douze (12) mois suivants.

6. LES COTISATIONS

6.1. MONTANT À L'ADHÉSION

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

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

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

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

6.2. VARIATION DES COTISATIONS EN COURS D'ADHÉSION

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

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

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

6.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

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.

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

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

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

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

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation du contrat, nous poursuivrons le recouvrement des sommes qui nous sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée

jusqu'à la date de résiliation de votre contrat, ainsi que d'une pénalité correspondant à 2 mois de cotisations.

7. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

7.1. RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

La résiliation peut se faire par tout moyen écrit à votre convenance et justifiable par vos soins à l'attention de **Génération Santé - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 Neuilly-sur-Seine cedex**.

7.1.1. APRÈS LA PREMIÈRE ANNÉE D'ASSURANCE

Votre adhésion est résiliable moyennant un préavis de deux mois à la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1^{er} janvier.

7.1.2. EN CAS DE MAJORATION DES COTISATIONS

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

La résiliation prendra effet un (1) mois après notification à l'assureur. Celui-ci aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

7.2. SURVENANCE D'UN ÉVÈNEMENT

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

- Changement de profession
- Changement de situation matrimoniale
- Changement de régime matrimonial
- Changement de domicile en France métropolitaine entraînant une augmentation de cotisation
- Changement de domicile hors de France métropolitaine
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion, et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du code des assurances)
- Affiliation à un contrat collectif obligatoire
- En cas d'acquisition de la CMU et/ou de l'ACS auprès d'un organisme agréé

Si vous ou un bénéficiaire du contrat obtenez :

- Le bénéfice de la protection complémentaire CMU (art. L 861-3 du Code la Sécurité sociale)
- Le bénéfice de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ACS (art. L.863-1 du Code la Sécurité sociale) vous pouvez, à tout moment, demander la résiliation du contrat au profit d'un contrat répondant aux conditions de la CMUc ou de l'ACS
- Résiliation de plein droit en cas de retrait d'agrément de l'assureur

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

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

7.3. RÉSILIATION DU FAIT DE L'ASSUREUR

L'assureur peut résilier l'adhésion :

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

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

En cours d'adhésion, vous devez signaler à Coverliffe la survenance d'un évènement mentionné à l'article 7.2. du contrat, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit à l'adresse suivante **Génération Santé - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 Neuilly-sur-Seine cedex** ou par e-mail à l'adresse suivante : santé@generation.fr.

Pour tout complément d'information relatif notamment à ces obligations, vous pouvez appeler au 02 98 51 21 00 du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.

En cas de sinistre

Vous devez remettre à Génération toutes pièces concernant les frais exposés lui permettant de déterminer le montant de sa participation. *Consultez les modalités de remboursements de vos frais de santé à l'article « 14. Le Règlement des prestations ».*

9. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION

Si vous, ou toute personne assurée, faites de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, exagérez le montant des frais, employez comme justification des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux, vous perdez pour ce sinistre le bénéfice des garanties de votre contrat. Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires. Il appartient à l'assureur d'établir le caractère frauduleux. 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. Au près de notre organisme, vous ne pouvez souscrire qu'un seul contrat de même nature.

10. L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

Elles s'exercent également dans le monde entier pour les voyages ou séjours n'excédant pas six mois.

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.

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

Nous pouvons vous demander de 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.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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.

Durée de la prescription

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 ».

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.

12. ASSISTANCE

L'adhérent bénéficie automatiquement de l'assistance accordée et gérée par AWP France SAS, dont le siège social est situé 7, rue Dora MAAR - 93400 Saint-Ouen. 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 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 de changement d'assistant.

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 et acceptée par l'assureur.

13. LES PRESTATIONS COUVERTES

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

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

Les garanties sont exprimées :

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

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

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

14.1 LES HONORAIRES MÉDICAUX

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

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

OPTAM et OPTAM-CO : il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Pour que le contrat complémentaire santé soit responsable, le taux de remboursement des honoraires médicaux des médecins n'ayant pas souscrit à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées prévu par la convention médicale sera toujours inférieur au taux de remboursement de ceux ayant adhéré à ce contrat.

14.2 LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

14.3 LES ACTES DE PRÉVENTION

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

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

Les médicaments, vaccins et moyens contraceptifs

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

La condition de la vente en pharmacie d'officine en France

s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins. Le règlement s'effectue sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

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

Les médecines complémentaires

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

14.5. LES PRESTATIONS OPTIQUES

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

- Pour un équipement optique comprenant deux verres et une monture,
- Remboursement du ticket modérateur inclus,
- Le remboursement de la monture ne pouvant jamais excéder 150 euros par forfait.

Pour les mineurs

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

Pour les adultes

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

Le forfait lentille

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

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

14.6 PRINCIPE INDEMNITAIRE - PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

Les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du code de la Sécurité sociale* (alinéa 1 de l'article 9 loi du 31 décembre 1989). Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire 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.*

14.7 LES EXCLUSIONS

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

- **De la guerre civile ou étrangère**
- **Des effets directs ou indirects d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules**

14.8 FRAIS À L'ÉTRANGER

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

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

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

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

15. LA SUBROGATION

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

DISPOSITIONS DIVERSES ET INFORMATIONS LÉGALES

16. LOI APPLICABLE AU CONTRAT

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

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

17. VOS DONNÉES PERSONNELLES

1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

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

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

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

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

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

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

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

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 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.

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

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

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

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions

découlant directement ou indirectement de l'adhésion. En 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.

2. Les droits dont vous disposez

2.1. De quels droits disposez-vous ?

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

2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?

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

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.

18. RÉCLAMATION

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Pour toute difficulté supplémentaire, vous pouvez adresser votre réclamation liée à une prestation santé à : Responsable des relations consommateurs Génération (adresse à compléter).

En cas de non prise en compte d'une réclamation liée à une prestation santé ou relative à la vie du contrat ou sa gestion administrative au : Responsable des Relations Consommateurs SERENIS ASSURANCES - 4 rue Frédéric Guillaume Raiffeisen 67906 Strasbourg.

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentés à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

19. MÉDIATION

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes et réponse définitive de l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges opposant un particulier à l'assureur sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le

dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09.

20. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de SERENIS ASSURANCES SA est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

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 ou 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 1^{ère} 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 le séjour à l'hôtel 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. Les frais de restauration sont exclus. 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'Assisteur 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.

4.1. 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'hôtel sur place jusqu'à 80 euros TTC par nuit, dans la limite de 480 euros TTC pour la durée du séjour, les frais de restauration étant exclus.

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.

4.2. 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

Mondial Assistance 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.

Mondial Assistance ne sera pas tenue 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 Mondial Assistance 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 Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la présente Notice d'Information. Elle ne sera pas tenue 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 la 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 conséquence 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. ENGAGEMENT FINANCIER DE MONDIAL ASSISTANCE

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en communiquant au bénéficiaire un numéro de dossier.

Dans ce cas, les frais seront remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par Mondial Assistance si elle avait elle-même organisé le service.

Seuls les frais complémentaires à ceux que le bénéficiaire aurait dû normalement engager pour son retour au domicile en France métropolitaine, sont pris en charge par Mondial Assistance France.

Lorsque Mondial Assistance a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, Mondial Assistance France ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-avant, et à l'exclusion de tous autres frais.

2. SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance s'oblige à subroger la Société d'assistance et la compagnie d'assurance agréée dans ses droits et actions, contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elles en exécution de la présente convention.

3. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

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

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance 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.

Protection des données à caractère 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.

1. Responsable du traitement des données

Fragonard Assurances et AWP France SAS sont responsables du traitement de données à caractère personnel, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

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 autres donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

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

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. : devis, souscription, traitement des réclamations)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre de la souscription du contrat d'assurance et/ou du traitement de la réclamation, le consentement exprès du Bénéficiaire, ne sera pas sollicité.
Gestion du recouvrement de créances	Non
Prévention et détection de la fraude	
Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	

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 AWP France SAS 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. 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 délégués 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 légale, 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.

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 appartient 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 que mises en oeuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

6. Droit 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 d'AWP France SAS comme indiqué plus bas.

7. Durée de conservation des données

Les données personnelles du Bénéficiaire sont conservées pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- En cas de sinistre deux (2) ans à compter du règlement du sinistre
- En cas de sinistres avec dommages corporels 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

Les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Les données personnelles ne sont pas conservées plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

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
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 Mondial Assistance France par tous les moyens (téléphone, télex, télégramme ou envois postaux) et suivant les modalités précisées ci-après.

1. EN CAS D'URGENCE

Contacteur Mondial Assistance sans délai :

- Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)
- Au 01.40.25.52.55 depuis la France métropolitaine
- Au +33 1 40 25 52 55 depuis l'étranger, une permanence étant assurée 24h/24

Le bénéficiaire doit fournir les renseignements suivants :

- Le numéro du contrat n° 921 070,
- Ses noms, prénoms, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone et le moment où il pourra éventuellement être contacté,
- La nature des difficultés motivant l'appel.

Faire connaître par tout moyen, en cas de blessure : les noms, adresses et numéros de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le blessé, afin que Mondial Assistance puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient, avec l'accord de ces derniers.

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 Mondial Assistance :

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

ANNEXE - Tableaux des garanties

GÉNÉRATION SANTÉ SENIOR - Contrat n°1750086

Garanties (y compris le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les garanties exprimées en euros)

	Essentiel	Confort	Bien-Être	Sérénité	Hospiti+	Confort Optique Dentaire	Optimum
Hospitalisation médicale ou chirurgicale y compris maternité							
Frais de séjour et salle d'opération	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS
Honoraires médicaux	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels						
Chambre particulière	35 € par jour	50 € par jour	70 € par jour	80 € par jour	100 € par jour	50 € par jour	100 € par jour
Ambulance prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Ambulance non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-	30 €	40 €	40 €	50 €	30 €	50 €
Maison de repos, de santé spécialisée	100 % de la BRSS						
Frais médicaux courants y compris maternité							
Généralistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS
Spécialistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Petite chirurgie	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS
Analyses et travaux de laboratoire	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS
Radiologie	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS
Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététique non prise en charge par la Sécurité sociale (5 séances par an et par bénéficiaire)	20 € par séance	25 € par séance	30 € par séance	35 € par séance	25 € par séance	25 € par séance	35 € par séance
Pharmacie							
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % BRSS						
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-	30 €	35 €	40 €	30 €	35 €	40 €
Dentaire							
Avec prise en charge de la Sécurité sociale							
Soins et actes dentaires	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Prothèses dentaires et orthodontie	125 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS	250 % BRSS	450 % BRSS	500 % BRSS
Inlays, onlays, inlays-core	125 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	250 % BRSS	400 % BRSS	450 % BRSS
Sans prise en charge de la Sécurité sociale							
Prothèses provisoires	-	30 €	50 €	100 €	30 €	100 €	150 €
Prothèses sur dent saine	-	100 €	150 €	200 €	100 €	200 €	250 €
Autres prothèses dentaires	-	150 €	200 €	300 €	200 €	300 €	350 €
Implants	-	150 €	200 €	300 €	150 €	300 €	350 €
Parodontie	-	50 €	100 €	200 €	50 €	200 €	300 €
Optique							
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.							
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾	100 €	175 €	250 €	300 €	175 €	350 €	400 €
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾	200 €	275 €	500 €	610 €	275 €	610 €	610 €
Lentilles	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	200 €	100 €
Chirurgie réfractive	-	100 € par œil et par an	150 € par œil et par an	250 € par œil et par an	100 € par œil et par an	350 € par œil et par an	450 € par œil et par an
Bilan de la vue	-	50 €	75 €	100 €	50 €	125 €	125 €
Prothèses médicales acceptées par la Sécurité sociale							
Orthopédie, prothèses médicales et capillaires	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)	100 €	300 €	400 €	500 €	300 €	400 €	600 €
Prévention							
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)	15 €					
	Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire tous les 2 ans)	30 €	35 €	40 €	45 €	35 €	45 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale							
Frais d'établissement et honoraires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Frais de transport et d'hébergement (forfait annuel par bénéficiaire)	-	100 €	150 €	200 €	100 €	150 €	200 €

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

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

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

* OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée - voir définition sur le site www.ameli.fr - BRSS = base de remboursement de la Sécurité sociale

OPTION MÉDECINES DOUCES

Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, acupuncture, diététique, pédicure, podologue	40 € par séance et maximum 5 séances* par an
Forfaits médicaments non remboursés (allopathie et homéopathie avec AMM)	50 € par an
Vaccins non remboursés (grippe + vaccin du voyageur)	50 € par an
Sevrage tabagique (patch acupuncture, laserthérapie)	50 € par an

*Actes réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé et par un médecin lorsqu'il s'agit de séances d'acupuncture.

GÉNÉRATION SANTÉ FAMILLE - Contrat n°1750087

Garanties (y compris le remboursement de la Sécurité sociale
sauf pour les garanties exprimées en euros)

		Accès	Classic	Liberté	Privilegé
Hospitalisation médicale ou chirurgicale y compris maternité					
Frais de séjour et salle d'opération		100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	180 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Forfait journalier hospitalier			Frais réels		
Accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans		15 € par jour	17 € par jour	20 € par jour	23 € par jour
Chambre particulière		35 € par jour	50 € par jour	70 € par jour	80 € par jour
Ambulance prise en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BRSS			
Maison de repos, de santé spécialisée		100 % de la BRSS			
Frais médicaux courants y compris maternité					
Généralistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS	180 % de la BRSS
Spécialistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS	180 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Petite chirurgie	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS	180 % de la BRSS
Analyses et travaux de laboratoire		100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Radiologie	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS	180 % de la BRSS
Auxiliaires médicaux		100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététique non prise en charge par la Sécurité sociale (5 séances par an et par bénéficiaire)		20 € par séance	25 € par séance	30 € par séance	35 € par séance
Pharmacie					
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, sauf médicaments à service médical faible		100 % de la BRSS			
Maternité					
Forfait naissance		-	50 €	100 €	150 €
Dentaire					
Avec prise en charge de la Sécurité sociale					
Soins et actes dentaires		100 % de la BRSS			
Prothèses dentaires et orthodontie		125 % de la BRSS	250 % de la BRSS	350 % de la BRSS	450 % de la BRSS
Plafond annuel des remboursements des prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale ⁽¹⁾		-	1 000 €	1 500 €	2 000 €
Sans prise en charge de la Sécurité sociale					
Prothèses dentaires et orthodontie, parodontie et implantologie (forfait annuel par bénéficiaire)		-	150 €	250 €	300 €
Optique					
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.					
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		100 €	175 €	250 €	300 €
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		200 €	275 €	450 €	610 €
Lentilles		100 €			
Prothèses médicales acceptées par la Sécurité sociale					
Orthopédie, prothèses médicales et capillaires		100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS
Prévention					
Actes pris en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)	15 €			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale					
Frais d'établissement et honoraires		100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Frais de transport et d'hébergement (forfait annuel par bénéficiaire)		-	100 €	150 €	200 €

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

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

⁽³⁾ Au-delà du plafond, la prise en charge est limitée au ticket modérateur

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

* OPTAM = Option pratique tarifaire malinsée - voir définition sur le site www.ameli.fr - BRSS = base de remboursement de la Sécurité sociale

OPTION MÉDECINES DOUCES

Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologue	40 € par séance et maximum 5 séances* par an
Forfait médicaments non remboursés (allopathie et homéopathie avec AMM)	50 € par an
Vaccins non remboursés (grippe + vaccin du voyageur)	50 € par an
Sevrage tabagique (patch acupuncture, lasérothérapie)	50 € par an

*Actes réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé et par un médecin lorsqu'il s'agit de séances d'acupuncture.

GÉNÉRATION SANTÉ JEUNES - Contrat n°1750088

Garanties (y compris le remboursement de la Sécurité sociale
sauf pour les garanties exprimées en euros)

		MEGA	GIGA	TERA
Hospitalisation médicale ou chirurgicale y compris maternité				
Frais de séjour et salle d'opération		100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	180 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Forfait journalier hospitalier		Frais réels		
Ambulance prise en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BRSS		
Maison de repos, de santé spécialisée		100 % de la BRSS		
Frais médicaux courants y compris maternité				
Généralistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS
Spécialistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS	180 % de la BRSS
Petite chirurgie	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS
Analyses et travaux de laboratoire		100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS
Radiologie	Médecin ayant adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'Optam*	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	130 % de la BRSS
Auxiliaires médicaux		100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS
Pharmacie				
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, sauf médicaments à service médical faible			100 % de la BRSS	
Dentaire				
<i>Avec prise en charge de la Sécurité sociale</i>				
Soins et actes dentaires		100 % de la BRSS		
Prothèses dentaires et orthodontie		125 % de la BRSS	250 % de la BRSS	350 % de la BRSS
<i>Sans prise en charge de la Sécurité sociale</i>				
Prothèses dentaires et orthodontie, parodontie et implantologie (forfait annuel par bénéficiaire)		-	150 €	250 €
Optique				
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.				
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		100 €	175 €	250 €
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		200 €	225 €	350 €
Lentilles		100 €		
Prothèses médicales acceptées par la Sécurité sociale				
Orthopédie, prothèses médicales et capillaires		100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Prévention				
Actes pris en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS

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

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

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

* OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée - voir définition sur le site www.ameli.fr - BRSS = base de remboursement de la Sécurité sociale

OPTION MÉDECINES DOUCES

Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologue	40 € par séance et maximum 5 séances* par an
Forfait médicaments non remboursés (allopathie et homéopathie avec AMM)	50 € par an
Vaccins non remboursés (grippe + vaccin du voyageur)	50 € par an
Sevrage tabagique (patch acupuncture, lasérothérapie)	50 € par an

*Actes réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé et par un médecin lorsqu'il s'agit de séances d'acupuncture.

COVERLIFE SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS cedex 09
SERENIS ASSURANCES S.A. - Société anonyme au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS - N° TVA FR13350838686
Entreprise régie par le code des assurances - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN cedex

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Concepteurs :

Coverlife SAS, courtier d'assurance enregistré en France
auprès de l'ORIAS sous le numéro 14 002 768

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

Produit : GENERATION SANTE

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 ?

Le produit d'Assurance 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 :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Orthopédie, Prothèse médicales et capillaires**

Les services proposés :

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

L'Assistance prévue :

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes 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
- ! Optique : limitation à 1 équipement tous les 2 ans sauf évolution de la vue et les enfants de moins de 18 ans.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Médecine douce** : limitation du remboursement et du nombre de séances par an et par bénéficiaire

Coverlife - 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, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS
N° TVA FR 13350838686 – Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel – 26000 VALENCE



Où suis-je couvert(e) ?

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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie, de suspension ou de résiliation, l'adhérent doit :

- **A l'adhésion au contrat**
Répondre exactement aux questions posées par l'assureur
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée à l'adhésion.
- **En cours d'adhésion**
Déclarer toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence soit d'aggraver les risques pris en charge, soit d'en créer de nouveaux
L'adhérent doit signaler à l'assureur, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit.
Régler les cotisations dues au titre du contrat « Génération Santé».
- **En cas de sinistre**
L'adhérent doit remettre à l'assureur toutes pièces concernant les frais exposés et permettant à l'assureur de déterminer le montant de sa participation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion, et pour une 1^{ère} période, jusqu'au 31 décembre. Ensuite, elle se renouvelle d'année en année par tacite reconduction à sa date d'échéance principale (31 décembre) sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut résilier l'adhésion, moyennant un délai de préavis de 1 mois :

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

La résiliation se fait par tout moyen écrit adressé à GENERATION SANTE.

IPID-GS-10/2018

Coverlife - 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, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS
N° TVA FR 13350838686 – Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel – 26000 VALENCE