

SwissLife

Santé collective

n° SWISS0003

*Notice d'information
de la convention d'assistance*

Les services décrits dans cette notice d'information d'assistance font pleinement partie des garanties incluses dans votre couverture de santé complémentaire, telle qu'indiquée dans votre notice d'information dont ils font partie intégrante. Les garanties proposées relèvent de la branche 18 (assistance) et de la branche 17 (protection juridique) définies à l'article R. 321-1 du Code des assurances.

Les garanties d'assistance sont assurées par **SwissLife Prévoyance et Santé**, dont le siège social se situe au 1, rue Bellini, 92800 Puteaux, qui en délègue la gestion à **Redion France**, dont le siège se situe au 11-17, avenue François Mitterrand, 93210 Saint-Denis.

Les garanties de protection juridique sont assurées par **Swiss Life Prévoyance et Santé**, dont le siège social se situe au 1, rue Bellini, 92800 Puteaux, et gérées par notre partenaire CIVIS, dont le siège se situe 90, avenue de Flandre, 75019 Paris.

N° de la notice d'information	SWISS0003
Plateforme téléphonique	01 70 73 56 00 (<i>depuis la France</i>) +33 1 70 73 56 00 (<i>depuis l'étranger</i>)
Plateforme Web	sante.medetvous.fr

Sommaire

1. Où s'appliquent les garanties ?	3	6.12 Prestations d'assistance accessibles en cas de grossesse ou de maternité de l'adhérent ou de son conjoint	15
2. Quelle est la période des garanties ?	3	6.13 Prestations d'assistance accessibles à l'occasion de l'accouchement	15
3. Définitions	3	6.14 Prestations d'assistance accessibles pendant les six premiers mois suivant la naissance	16
4. Mise en œuvre des garanties	4	6.15 Prestations d'assistance accessibles en cas de projet de procréation médicalement assistée	16
4.1 Délivrance des prestations	4	6.16 Prestations d'assistance accessibles en cas de projet d'adoption	16
4.2 Règlement des prestations	4	6.17 Maintien dans l'activité professionnelle	16
4.3 Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations	5	6.18 Prestation d'assistance accessible en cas d'arrêt de travail supérieur à 5 jours du salarié en charge de la garde des enfants du bénéficiaire	17
4.4 Conditions de prise en charge des titres de transport	5	6.19 Prestation d'assistance accessible en cas de grève dans l'établissement scolaire de l'enfant du bénéficiaire	17
4.5 Conditions d'avance de frais	5	6.20 Prestations d'assistance accessibles en cas de décès d'un bénéficiaire	17
4.6 Description du service « Med&Vous »	5	6.21 Assistance au quotidien	18
5. Tableau des garanties	6	6.22 Accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent : « l'aide aux aidants »	19
6. Détail des garanties hors protection juridique	11	6.23 Assistance en cas de voyage et de déplacement en France ou à l'étranger	20
6.1 Prestations d'assistance accessibles au bénéficiaire dès l'adhésion	11	6.24 Assistance juridique à l'étranger	22
6.2 Prestation d'assistance accessible en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire	12	7. Protection juridique	22
6.3 Prestation d'assistance accessible en cas de maladie ou d'accident au domicile	12	7.1 Définitions spécifiques aux garanties de protection juridique	22
6.4 Prestations d'assistance accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours d'un bénéficiaire	12	7.2 Délivrance des prestations de protection juridique	23
6.5 Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures du bénéficiaire	13	7.3 Litiges garantis	23
6.6 Prestations d'assistance accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours ou d'hospitalisation supérieure à 48 heures d'un bénéficiaire	13	7.4 Garanties de protection juridique	23
6.7 Prestations accessibles en cas d'atteinte corporelle grave	13	7.5 Clauses spécifiques aux garanties de protection juridique	24
6.8 Prestations d'assistance accessibles lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ou d'une hospitalisation liée à une maladie grave du bénéficiaire	14	8. Exclusions	25
6.9 Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures de l'enfant âgé de moins de 10 ans du bénéficiaire	14	8.1 Exclusions communes à toutes les garanties et prestations	25
6.10 Prestation d'assistance accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans du bénéficiaire	14	9. Clauses réglementaires	26
6.11 Prestation d'assistance accessible en cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans du bénéficiaire	15	9.1 Subrogation	26
		9.2 Protection des données à caractère personnel	26
		9.3 Responsabilité	29
		9.4 Autorité de contrôle	29
		9.5 Réclamations	29
		9.6 Prescription	29
		9.7 Loi applicable et juridiction compétente	30

1. Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance de la présente convention, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article 5. Tableau des garanties** s'appliquent :

- dans le monde entier, pour la garantie téléconsultation* ;
- en France à plus de 50 kilomètres du domicile* et à l'étranger* sans franchise* kilométrique, lors d'un déplacement de moins de 90 jours consécutifs pour la garantie rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire* ;
- à l'étranger* uniquement, lors d'un déplacement de moins de 90 jours consécutifs pour le remboursement complémentaire des frais médicaux, et l'assistance juridique ;
- en France pour les autres garanties, dans la zone* de résidence de l'adhérent*.

Sont exclus les pays, qui, à la date de départ en déplacement, sont en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, sanitaire, de sécurité, météorologique), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

Sont également exclus de la couverture les sinistres survenant dans les zones formellement déconseillées par le ministère des Affaires étrangères français.

Le bénéficiaire* pourra consulter les zones formellement déconseillées par le ministère des Affaires étrangères français, dont la liste, par pays, est accessible sur le site : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/>

Sanctions internationales

Aucune prestation ni aucun service décrit dans la présente notice ne sera délivré si cela peut exposer SwissLife Prévoyance et Santé ou le délégataire* de gestion des prestations d'assistance à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations unies et / ou la France et / ou l'Union européenne et / ou le Royaume-Uni et / ou les États-Unis d'Amérique.

À ce titre, et cumulativement avec toute autre exclusion territoriale définie dans le présent document, les prestations ne sont pas fournies dans les pays et territoires suivants : la Corée du Nord, la Syrie, l'Iran, le territoire de Crimée, la Biélorussie, la Russie, et les Républiques populaires de Louhansk, de Donetsk, Kherson et Zaporijjia. Cette liste est susceptible d'évoluer selon le contexte international.

Pour les ressortissants des États-Unis voyageant à Cuba, l'exécution des services d'assistance ou de paiement de prestation est conditionnée à la fourniture de la preuve que le voyage à destination de Cuba respecte les lois des États-Unis. Les ressortissants américains sont réputés inclure toute personne, où qu'elle se trouve, qui est un citoyen américain ou réside habituellement aux États-Unis (y compris les titulaires d'une carte verte) ainsi que toute société de capitaux, société de personnes, association ou autre organisation, qu'elles y soient constituées ou y exercent des activités qui sont détenues ou contrôlées par de telles personnes.

2. Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout bénéficiaire* dès lors que l'évènement* à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les garanties prennent fin :

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé « **SwissLife Santé Collective** » souscrit auprès de **SwissLife Prévoyance et Santé**.

La présente notice d'information d'assistance est applicable jusqu'à parution d'une nouvelle version, le cas échéant.

3. Définitions

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils sont suivis d'un astérisque (*).

Accident : désigne toute atteinte corporelle médicalement constatée, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure atteignant l'assuré* et non intentionnelle de la part de ce dernier.

Actes de la vie quotidienne : se lever / se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile*.

Adhérent : toute personne physique, salariée d'une entreprise, couverte par le contrat d'assurance « **SwissLife Santé Collective** ».

AGGIR : outil national d'évaluation de la dépendance* déterminant le niveau des aides publiques.

Aidant : la personne qui assiste la personne en état de dépendance* totale ou partielle. L'aidant* à titre non professionnel apporte une aide quotidienne à l'aidé* pour les actes* de la vie quotidienne.

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

Animaux de compagnie : chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation, **à l'exclusion de tout chien de catégories 1 et 2 (article L. 211-12 du Code rural et de la pêche maritime)**. **L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale, quelle qu'elle soit.**

Assistance Med&Vous : désigne, selon le professionnel* médical ou le professionnel* intervenant, la téléconsultation* au sens de l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique, ou le service de conseil en ligne mis à disposition des bénéficiaires* soit par contact téléphonique, soit sur la plateforme*.

Assuré : la ou les personnes garanties par le contrat et désignées au certificat d'adhésion.

Atteinte corporelle grave : une dégradation significative de l'état de santé du bénéficiaire* consécutive à un accident* ou une maladie* nécessitant un traitement médical urgent et / ou long.

Bénéficiaire : l'adhérent*, son conjoint*, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge, ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie. Si le bénéficiaire* est domicilié en France* telle que définie au présent article, toutes les prestations sont accessibles selon les modalités décrites dans la présente notice. Sinon, les prestations délivrées au domicile* hors de France ne sont pas accessibles.

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

Délégataire de gestion des prestations d'assistance : Redion France qui, au titre de la délégation de gestion conclue avec l'assureur SwissLife Prévoyance et Santé, a en charge la réalisation des prestations d'assistance selon le périmètre défini dans la présente notice d'information.

Dépendance : état de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

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

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

Évènement : toute situation prévue par la présente notice d'information justifiant d'une demande d'intervention. L'évènement* applicable pour chaque garantie est précisé au sein de cette dernière.

France : France métropolitaine, la principauté de Monaco, la principauté d'Andorre, les Départements-régions d'outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et La Réunion.

Franchise : part des frais qui reste définitivement à la charge du bénéficiaire*.

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

Hospitalisation : désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation* dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical, à la suite d'un accident* ou d'une maladie*.

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

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

Liaison : mode de transport complémentaire pour rallier le lieu de départ ou de destination du bénéficiaire* du lieu de départ ou d'arrivée du mode de transport pour lequel un titre* de transport est pris en charge.

Maladie : toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie grave

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

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

Plateforme Med&Vous : désigne la plateforme Web et téléphonique, outil de mise en œuvre de la téléconsultation* Med&Vous, associé à une organisation médicale, du Service Deuxième Avis et des programmes de prévention.

Proches parents : les ascendants et descendants du premier degré et / ou le conjoint* de l'adhérent* tel que défini ci-dessus.

Proche parent aidé : les ascendants et descendants du premier degré et / ou le conjoint* en état de dépendance* de l'adhérent* tel que défini ci-dessus.

Professionnel : désigne tout professionnel* de santé autre qu'un personnel médical, et tout autre professionnel* participant à la délivrance des services de l'assistance Med&Vous, dans les limites de ses compétences.

Professionnel médical : désigne tout médecin (généraliste ou spécialiste) ou sage-femme, en charge de la délivrance du service de téléconsultation* au sens de l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique, dans les limites de leurs compétences respectives.

Professionnel de santé : désigne tout professionnel* médical ou autre professionnel* auxiliaire médical, participant à la délivrance de l'assistance Med&Vous dans les limites de leurs compétences respectives.

Téléconsultation : désigne un acte de télémedecine au sens de l'article L. 6316-1 du Code de la santé publique français, tel que décrit dans la clause ci-dessous, et réalisé par l'intermédiaire de la plateforme* dédiée Med&Vous.

Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1re classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. À défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le titre* de transport se définit comme un billet aller-retour.

Zone de résidence

- Pour l'adhérent* résidant en France métropolitaine, principauté de Monaco, principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la principauté de Monaco, la principauté d'Andorre.
- Pour l'adhérent* résidant dans les Départements-régions d'outre-mer français : zone limitée au département-région dans lequel se trouve le domicile* de l'adhérent*.

4. Mise en œuvre des garanties

4.1 Délivrance des prestations

Si le bénéficiaire* a besoin d'assistance, il doit appeler sans attendre au numéro de téléphone indiqué au début de la présente notice d'information.

Les services d'assistance sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et sont délivrés si besoin par des prestataires référencés, dans les limites des disponibilités locales, notamment en matière d'hébergement, de garde d'enfants ou de location de véhicule, et selon les modalités décrites ci-dessous. Les prestataires référencés interviennent au domicile* du bénéficiaire* sous leur responsabilité.

Pour permettre la mise en place des prestations d'assistance, le bénéficiaire* devra préparer son appel.

Les informations suivantes lui seront demandées :

- ses nom(s) et prénom(s) ;
- l'endroit précis où il se trouve, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut le joindre ;
- son numéro de notice d'information assistance.

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours (pompiers, SAMU) pour tout problème relevant de leurs compétences. Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Le bénéficiaire* doit appeler dans les 5 jours calendaires après la date de survenance de l'évènement* qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, à l'exception des prestations accessibles 6 mois après la naissance. Il devra obtenir l'accord préalable du délégataire* de gestion des prestations d'assistance avant d'engager toute dépense.

Il doit :

- se conformer aux solutions préconisées ;
- fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit ;
- fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Un justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tel que les bulletins d'hospitalisation* d'entrée et de sortie, le certificat de décès, un justificatif de concubinage ou de Pacs, un avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, un certificat médical ou certificat d'arrêt de travail justifiant de l'immobilisation* au domicile*) sera demandé.

Les prestations accessibles à l'étranger* sont acquises uniquement en cas de survenance de l'évènement* garanti avant le terme du 90^e jour calendaire suivant la date de départ de France* du bénéficiaire*.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire* (ou son entourage) ne sera remboursée.

Toute hospitalisation*, immobilisation* ou décès non justifiés par les documents visés dans la présente notice d'assistance pourront donner lieu à refacturation au bénéficiaire* demandeur de la prestation accordée.

La prestation de rapatriement du bénéficiaire* est déclenchée sur décision des médecins* du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, en fonction des seules exigences médicales, sur la base des informations recueillies auprès du médecin* local et, éventuellement, auprès du médecin* traitant du bénéficiaire*. Selon leur décision, une prise en charge adaptée sera organisée :

- soit le retour au domicile* du bénéficiaire* ;
 - soit le transport vers un service hospitalier proche du domicile*.
- Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le bénéficiaire* lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu au versement d'une indemnité compensatoire.

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

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au domicile* d'un bénéficiaire* lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre, soit comme présentant un danger ou un risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant.

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes...) ou violent d'un bénéficiaire* à son égard ou celui du prestataire intervenant à son domicile*.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents / justificatifs frauduleux ou inexacts, les bénéficiaires* perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre, et encourent la résiliation de leur adhésion au contrat, et ainsi la perte de toutes les garanties santé comme assistance.

4.2 Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses, le bénéficiaire* ou la personne ayant engagé les frais devra :

- obtenir l'accord préalable du délégataire* de gestion des prestations d'assistance avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense ;
- se conformer aux solutions préconisées par le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ;
- fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit ;
- fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Toute dépense engagée sans accord préalable du délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge *a posteriori*. Ce règlement sera versé soit au bénéficiaire*, soit à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

4.3 Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

Toute demande recevra une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité du délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire* aura obtenus ;
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire*, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le bénéficiaire* et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin* traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale, et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

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

Les prestations d'information juridique dispensées par le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971, et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.** La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du bénéficiaire*. Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne pourra pas être tenu responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

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

4.4 Conditions de prise en charge des titres de transport

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge dans le cadre de vos garanties d'assistance, le bénéficiaire* consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

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

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

4.5 Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente notice d'information, le bénéficiaire* peut se voir accorder, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

4.5.1 Conditions préalables au versement de l'avance

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire* de l'avance consentie, ce dernier devra renvoyer la reconnaissance de dette qui lui aura été fournie au moment de sa demande, dûment complétée et signée par ses soins, accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, à l'adresse qui lui aura été communiquée lors de l'ouverture de son dossier.

L'avance sera mise en œuvre après réception de ladite reconnaissance de dette.

4.5.2 Délai de remboursement de l'avance

Le bénéficiaire s'engage à rembourser la somme avancée à SwissLife Prévoyance et Santé, **dans les délais prévus dans le détail de chaque prestation.**

4.5.3 Sanctions

À défaut de remboursement dans les délais prévus dans le détail de chaque prestation, la somme deviendra immédiatement exigible, et SwissLife Prévoyance et Santé pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

4.6. Description du service « Med&Vous »

Le service Med&Vous propose un accès par téléphone ou *via* la plateforme* Med&Vous en visioconférence, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à un service :

- de téléconsultation* par un professionnel* médical au sens des dispositions des articles L. 6316-1 du Code de la santé publique ;
- de conseil en ligne par un professionnel*.

Le service Med&Vous comprend, le cas échéant :

- un espace personnel sécurisé ;
- la délivrance d'une information santé ;
- la prise de rendez-vous avec un professionnel* médical ou un professionnel* ;
- l'accès à l'historique de ses consultations passées et à venir ;
- le renseignement d'un dossier médical dédié à l'assistance Med&Vous (hébergé auprès d'un hébergeur de données de santé agréé) ;
- la délivrance d'une prescription de médicaments, le cas échéant si le professionnel* médical considère que l'état de santé de l'utilisateur le justifie ;
- la délivrance d'un conseil en ligne, et le téléchargement du compte rendu du conseil en ligne ;
- la délivrance d'une téléconsultation* et le téléchargement du compte rendu de l'acte de téléconsultation* et, le cas échéant, de la prescription délivrée par le professionnel* médical.

Le service Med&Vous comprend également, la possibilité pour l'assuré* d'être mis en relation, *via* le site Med&Vous, avec le prestataire du Service Deuxième Avis tel que décrit ci-après dans l'article 6.1.7.

L'accès au service Med&Vous est soumis aux conditions générales d'utilisation de service (CGUS), disponibles sur le site <https://sante.medetvous.fr/Cgu>, aux lois en vigueur concernant un service de télé médecine et aux prestations de conseil en ligne, les services de communication électronique au public et, plus généralement, au respect de toutes les lois applicables.

5. Tableau des garanties

<i>Prestations d'assistance accessibles au bénéficiaire dès l'adhésion</i>	
Information santé d'ordre général	Informations <i>via</i> la plateforme* Med&Vous
Information juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Assistance psychologique	3 entretiens téléphoniques par année civile
Information spécifique à une pathologie	Informations <i>via</i> la plateforme* Med&Vous
Prévention maladies* cardiovasculaires	1 programme sur la durée du contrat
Prévention de troubles musculo-squelettiques	1 programme par année civile
Deuxième avis médical	<i>Via</i> la plateforme* Med&Vous
<i>Prestation d'assistance accessible en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire</i>	
Téléconsultation*	Accès illimité
<i>Prestation d'assistance accessible en cas de maladie* ou d'accident au domicile du bénéficiaire</i>	
Transfert à l'hôpital et retour au domicile*	1 aller-retour maximum par évènement* Frais de transport en complément des remboursements obtenus auprès de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé
<i>Prestations d'assistance accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours d'un bénéficiaire</i>	
Acheminement des médicaments	Prise en charge des frais de livraison
Envoi d'un médecin*	Mise en relation
<i>Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures du bénéficiaire</i>	
Plan d'aide à la convalescence	Entretiens téléphoniques
Écoute et aide à la recherche de professionnels* assurant la prise en charge psychologique	3 entretiens téléphoniques par année civile
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans (<i>prestations non cumulables</i>)	
• Garde à domicile*	10 heures par jour maximum pendant 2 jours maximum dans la limite de 250 € TTC par évènement*
• ou Transfert des enfants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Accompagnement à l'école	10 allers-retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des enfants par évènement*, et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*
Garde ou transfert des ascendants (<i>prestations non cumulables</i>)	
• Garde à domicile*	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum dans la limite de 250 € TTC par évènement*
• ou Transfert des ascendants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
Assistance aux animaux* de compagnie	30 jours calendaires maximum par évènement*, à compter début de l'hospitalisation* du bénéficiaire*
<i>Prestations d'assistance accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours ou d'hospitalisation supérieure à 48 heures d'un bénéficiaire</i>	
Aide à domicile*	30 heures maximum par évènement* réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'hospitalisation* ou la date de fin d'hospitalisation* ou pendant la période d'immobilisation*
Organisation de soins à domicile* (infirmière, auxiliaire de vie)	Organisation sans prise en charge
Voyage et hébergement d'un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement* 2 nuits à l'hôtel maximum (petit déjeuner compris) dans la limite de 160 € TTC par évènement*
<i>Prestations d'assistance accessibles en cas d'atteinte corporelle grave</i>	
Informations relatives à la maladie* et au handicap*	Informations téléphoniques
Prise en charge de la maladie* et du handicap*	Informations téléphoniques
Assistance psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum par évènement*
Accompagnement social	Informations téléphoniques
Aide à recherche et mise en relation avec des prestataires de santé, de services d'aide* à domicile*, d'associations	Mise en relation sans prise en charge
Orientation vers des prestataires spécialisés	Informations téléphoniques
Accompagnement dans les déplacements	150 € TTC par année civile par évènement*
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement budgétaire et social	Informations téléphoniques
Accompagnement personnalisé pour réenvisager son avenir professionnel	Informations téléphoniques

Suite du tableau des garanties >>>

**Prestations d'assistance accessibles lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie
ou d'une hospitalisation liée à une maladie grave du bénéficiaire**

Aide à domicile*	2 heures dans les 2 jours maximum qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile* du bénéficiaire*, dans la limite de 20 heures par année civile.
Garde ou conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans (<i>prestations non cumulables</i>)	
• Garde à domicile*	2 heures maximum par évènement* dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile* du bénéficiaire*
• ou Accompagnement des enfants à l'école	2 allers-retours maximum par évènement* dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile* du bénéficiaire*
Accompagnement au diagnostic	2 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'annonce du diagnostic aux proches	2 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'organisation de la vie sociale, professionnelle pendant les soins ou un arrêt de travail long	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Accompagnement de fin de vie du bénéficiaire*	Informations téléphoniques
Organisation et démarches en fin de vie du bénéficiaire*	1 entretien téléphonique maximum par année civile

Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures de l'enfant âgé de moins de 10 ans du bénéficiaire

Présence auprès de l'enfant hospitalisé (<i>pour un enfant âgé de moins de 10 ans hospitalisé à plus de 30 kilomètres du domicile*</i>)	2 nuits maximum à l'hôtel, dans la limite de 160 € TTC par évènement*
Garde des autres enfants âgés de moins de 16 ans (<i>prestations non cumulables</i>)	
• Garde à domicile*	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum dans la limite de 250 € TTC par évènement*
• ou Transfert des enfants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Accompagnement à l'école	10 allers-retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum par évènement* pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*

Prestation d'assistance accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans du bénéficiaire

Garde de l'enfant immobilisé au domicile*	10 heures maximum par évènement* réparties sur 3 jours ouvrés consécutifs
---	---

Prestation d'assistance accessible en cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans du bénéficiaire

École à domicile*	Mise en place dès le 16 ^e jour d'absence
Cours préparatoires à la terminale / Hors vacances scolaires	10 heures maximum par semaine dans la limite de 2 000 € TTC par évènement*

Prestations d'assistance accessibles en cas de grossesse ou de maternité du bénéficiaire

Information thématique santé	Informations téléphoniques
Information pratique	Informations téléphoniques
Aide à domicile* (<i>en cas d'hospitalisation* imprévue supérieure à 5 jours ou d'immobilisation* au domicile* avec alitement supérieure de 2 semaines liée à la grossesse du bénéficiaire*</i>).	20 heures maximum par évènement* réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile* du bénéficiaire* ou la date de début d'immobilisation*
<i>La garantie peut être accordée 2 fois maximum lors des hospitalisations* ou des immobilisations* en cas de nouvel arrêt au cours de la même grossesse du bénéficiaire*.</i>	<i>La garantie peut être accordée 2 fois lors des hospitalisations* ou des immobilisations* en cas de nouvel arrêt au cours de la même grossesse du bénéficiaire*</i>
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans (<i>à la suite d'une hospitalisation* supérieure à 5 jours ou à l'immobilisation* au domicile* avec alitement supérieure à 2 semaines du bénéficiaire*</i>)	
<i>La garantie peut être accordée 2 fois maximum lors des hospitalisations* ou des immobilisations* en cas de nouvel arrêt au cours de la même grossesse du bénéficiaire*.</i>	
(<i>Prestations non cumulables</i>)	
Garde à domicile*	20 heures maximum dans la limite de 250 € TTC par évènement*
ou Transfert des enfants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
ou Accompagnement à l'école	10 allers-retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum par évènement* pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*
Livraison de médicaments	Avance des frais des médicaments Prise en charge des frais de livraison
Organisation des déplacements pour examens et analyses (<i>en cas d'immobilisation* avec alitement de plus de 2 semaines liée à la maternité du bénéficiaire*</i>)	1 aller-retour maximum par évènement* Frais de transport en complément des remboursements obtenus par la Sécurité sociale et de la complémentaire santé

Suite du tableau de garanties >>>

Prestations d'assistance accessibles à l'occasion de l'accouchement

Transport jusqu'à la maternité	Remboursement des frais de transport en complément des remboursements obtenus auprès de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé
Présence d'un proche au domicile* (non cumulable avec les garanties « séjour à l'hôtel d'un proche », « garde des enfants âgés de moins de 16 ans » et « aide à domicile »)	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
Séjour à l'hôtel d'un proche (non cumulable avec la garantie « présence d'un proche au domicile »)	2 nuits maximum dans la limite de 80 € TTC par nuit et de 160 € TTC par évènement*
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans (non cumulable avec les garanties « présence d'un proche au domicile* »)	
Prestations non cumulables	
• Garde à domicile*	10 heures maximum par jour pendant 2 jours dans la limite de 250 € TTC par évènement*
• ou Transfert des enfants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Accompagnement à l'école	10 allers-retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum par évènement* pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*
Aide à domicile* (non cumulable avec la garantie « présence d'un proche au domicile » et « séjour à l'hôtel d'un proche »)	20 heures maximum par évènement* réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile* du bénéficiaire* ou suivant la date de naissance de l'enfant

Prestations d'assistance accessibles pendant les six premiers mois suivant la naissance

Information pratique	Informations téléphoniques
Auxiliaire de puériculture (si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours)	8 heures maximum par évènement*
Accompagnement psychologique (en cas de difficulté : baby blues, relation parent-enfant, difficultés d'organisation, etc.)	3 entretiens téléphoniques maximum par évènement*
Aide à domicile* (si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours et nécessite la présence du bénéficiaire* à son chevet, non cumulable avec la garantie « présence d'un proche »)	20 heures maximum par évènement* réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début d'hospitalisation* de l'enfant
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans (en cas d'hospitalisation* du nouveau-né supérieure à 5 jours, non cumulable avec la garantie « présence d'un proche au domicile* »). Accordée une seule fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance	
Prestations non cumulables	
• Garde à domicile*	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum dans la limite de 250 € TTC par évènement*
• ou Transfert des enfants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Accompagnement à l'école	10 allers-retours maximum à concurrence de 500 € TTC par évènement* pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*
Présence d'un proche au domicile* (en cas d'hospitalisation* du nouveau-né supérieure à 5 jours, non cumulable avec les garanties « aide à domicile » et « garde des enfants âgés de moins de 16 ans »)	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*

Prestations d'assistance accessibles en cas de projet de procréation médicalement assistée

Information médicale et pratique	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique [en cas de difficultés (phase de découragement, stress, gérer l'espoir, gérer ses problèmes de fertilité, préparer l'arrivée de l'enfant, relation parent-enfants, relation parent-enfants des premiers mois, etc.) dans le cadre de son projet]	3 entretiens téléphoniques maximum par évènement*
Accompagnement social	Informations téléphoniques

Prestations d'assistance accessibles en cas de projet d'adoption

Information médicale et pratique	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum par évènement*

Maintien dans l'activité professionnelle

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre par bénéficiaires* : l'adhérent* salarié ou employeur

Pour l'adhérent* employeur	
Coaching (lors d'un arrêt maladie* d'un collaborateur d'une durée supérieure à 6 mois)	250 € TTC maximum par évènement* Cette garantie ne peut être mise en œuvre qu'une fois par année civile.
Pour l'adhérent* salarié	
Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique (lors d'un arrêt de travail en longue maladie* de l'adhérent* salarié et à son retour en poste ou lors d'un évènement* traumatisant ou de situation de crise)	3 entretiens téléphoniques maximum par évènement*
Prévention burn-out	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile

Suite du tableau de garanties >>>

Prestation d'assistance accessible en cas d'arrêt de travail supérieur à 5 jours du salarié en charge de la garde des enfants du bénéficiaire

Garde des enfants âgés de moins de 12 ans	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum consécutifs par évènement* Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile
---	---

Prestation d'assistance accessible en cas de grève dans l'établissement scolaire de l'enfant du bénéficiaire

Garde des enfants âgés de moins de 12 ans (<i>enfants âgés de moins de 12 ans, scolarisés en école maternelle ou primaire jusqu'au CM2</i>)	10 heures maximum sur 1 journée par évènement* Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile
---	--

Prestation d'assistance accessible en cas de décès d'un bénéficiaire

Informations obsèques	Informations téléphoniques
Aide à l'organisation des obsèques	Organisation sans prise en charge
Avance de fonds	1 000 € maximum par évènement*
Présence d'un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement* 2 nuits maximum à l'hôtel par évènement*, dans la limite de 70 € TTC par nuit
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum par évènement*
Aide à domicile*	20 heures maximum par évènement* réparties sur les 15 jours ouvrés consécutifs qui suivent le décès
Garde des enfants et petits-enfants âgés de moins de 16 ans (<i>prestations non cumulables</i>)	
• Garde à domicile*	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par évènement* dans la limite de 250 € TTC
• ou Transfert des enfants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Accompagnement à l'école	10 allers-retours sur une semaine, à concurrence de 500 € TTC maximum par évènement* pour l'ensemble des enfants, et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*
Garde ou transfert des ascendants (<i>prestations non cumulables</i>)	
• Garde à domicile*	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par évènement* dans la limite de 250 € TTC
• ou Transfert des ascendants chez un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
• ou Venue d'un proche au domicile*	1 titre* de transport et frais de liaison* par évènement*
Accompagnement psychologique des enfants	Entretiens téléphoniques
Accompagnement social	Informations téléphoniques
Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi	Accompagnement dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché. La garantie est mise en œuvre dans les 3 mois qui suivent le décès.
Accompagnement budgétaire et social	Informations téléphoniques

Assistance au quotidien

Femme de ménage, aide-ménagère	Mise en relation sans prise en charge
Collecte et livraison à domicile* de linge repassé	Mise en relation sans prise en charge
Livraison de repas à domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Préparation de repas à domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Livraison de courses à domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage	Mise en relation sans prise en charge
Petit bricolage	Mise en relation sans prise en charge
Cours à domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Assistance administrative	Mise en relation sans prise en charge
Surveillance temporaire au domicile*, de la résidence principale et secondaire	Mise en relation sans prise en charge
Garde d'enfant à domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Soutien scolaire	Mise en relation sans prise en charge
Cours à domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Assistance aux personnes âgées ou dépendantes ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Assistance aux personnes handicapées	Mise en relation sans prise en charge
Garde malade de personnes âgées, dépendantes ou handicapées*	Mise en relation sans prise en charge
Aide à la mobilité et transports de personnes âgées, dépendantes ou handicapées* ayant des difficultés de déplacement	Mise en relation sans prise en charge
Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile* au travail, sur les lieux de vacances, pour les démarches administratives	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement des personnes âgées ou handicapées* dans leurs déplacements en dehors de leur domicile*	Mise en relation sans prise en charge
Soins et promenades des animaux* de compagnie, pour les personnes dépendantes	Mise en relation sans prise en charge
Soins d'esthétique à domicile* pour les personnes dépendantes	Mise en relation sans prise en charge

Suite du tableau de garanties >>>

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

Service de renseignement sur la dépendance*	Informations téléphoniques
Bilan prévention dépendance*	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention mémoire	Entretiens téléphoniques
Service soutien de la mémoire	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence	Entretiens téléphoniques
Aide à la constitution d'un dossier	Entretiens téléphoniques
Recherche d'établissements spécialisés	Mise en relation sans prise en charge
Recherche d'établissements temporaires	Mise en relation sans prise en charge
Assistance déménagement	Mise en relation sans prise en charge
Écoute et aide à la recherche de professionnels* assurant la prise en charge psychologique	Entretiens téléphoniques
Services à la carte	Mise en relation sans prise en charge
Téléassistance (en cas de dépendance* d'un proche parent)	Prise en charge des frais d'installation pour tout abonnement supérieur à 12 mois
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement	Mise en relation sans prise en charge
Présence d'un proche au chevet de l'aidé ou garde* malade (en cas d'hospitalisation* supérieure à 10 jours de l'aidant* – Prestations non cumulables)	
• Présence d'un proche	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement* Frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 200 € TTC par événement*
• ou Garde malade	10 heures maximum par événement* réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le retour au domicile*

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

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

Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire* malade ou blessé	Frais réels 155 € TTC maximum pour les frais d'évacuation sur piste de ski (à l'exclusion des frais de recherche) par événement*
Immobilisation* à l'hôtel	100 € TTC maximum par nuit (petits déjeuners inclus) pendant 7 nuits maximum par événement*
Mise à disposition d'un billet pour accompagner le bénéficiaire* lors de son rapatriement ou transport sanitaire	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement*
Rapatriement des membres de la famille (en cas où le rapatriement ou le transport du bénéficiaire*, malade, blessé ou décédé, aura été décidé et s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus)	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement*
Retour en cas décès d'un proche parent	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement*
Retour en cas d'accident* d'un proche parent	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement*
Présence auprès du bénéficiaire*	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement* 100 € TTC maximum par nuit (petits déjeuners inclus) pendant 10 nuits maximum dans la limite de 700 € TTC par événement*
Rapatriement du corps	Frais réels Coût du cercueil à concurrence de 800€ TTC maximum 1 titre* de transport et frais de liaison* pour un membre de la famille par événement* dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place Remboursement des frais d'hébergement à l'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 700 € TTC par événement*
Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement* pour les enfants et pour la personne accompagnante
Rapatriement des animaux* de compagnie	Frais réels Frais d'hébergement dans la zone* de résidence du bénéficiaire* dans la limite de 320 € TTC pour l'ensemble des animaux* de compagnie et par événement*
Impossibilité de conduire	1 titre* de transport et frais de liaison* par événement* pour un proche pour lui permettre d'aller sur le lieu d'immobilisation* du véhicule et de le ramener le jusqu'au domicile* de l'adhérent*
Avance des frais médicaux à l'étranger*	30 000 € TTC maximum par événement*
Remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation* à l'étranger*	
• Soins dentaires d'urgence	155 € TTC maximum par événement* sous déduction d'une franchise* de 16 € TTC par dossier
• Autres frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation* (la prise en charge des frais est réalisée en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé)	30 000 € TTC maximum par événement* sous déduction d'une franchise* de 16 € TTC par dossier
Envoi des médicaments introuvables sur place	Prise en charge des frais d'expédition

Assistance juridique à l'étranger

Les prestations honoraires d'avocat et caution* pénale sont acquises en cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le bénéficiaire* de la législation du pays étranger*)*

Honoraires d'avocat	800 € TTC maximum par événement*
Caution pénale	8 000 € TTC maximum par événement*
Protection juridique	
Protection juridique	10 000 € TTC maximum par litige

6. Détail des garanties hors protection juridique

En cas de difficulté d'interprétation du tableau synoptique ci-avant, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

Les demandes de prestations au titre des garanties d'assistance décrites à cet article 6 sont accessibles par téléphone ou *via* la plateforme* Med&Vous, dont les coordonnées sont précisées dans l'encadré au début de la présente notice d'information.

6.1 Prestations d'assistance accessibles au bénéficiaire dès l'adhésion

6.1.1 Information santé d'ordre général

Les professionnels* de la plateforme* Med&Vous répondent aux questions des bénéficiaires* en délivrant des informations à titre documentaire dans les domaines suivants :

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

6.1.2 Assistance psychologique

Lorsque le bénéficiaire* est confronté à une situation difficile qui l'affecte psychologiquement, et qu'il souhaite être accompagné pour mieux la surmonter, un service « écoute et accueil psychologique » est mis à sa disposition, lui permettant de contacter des psychologues par téléphone.

L'entretien téléphonique, mené par un professionnel* qui gardera une écoute neutre et attentive, permettra au bénéficiaire* de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

La prise en charge de cette prestation est limitée à **3 entretiens téléphoniques par année civile**.

6.1.3 Information spécifique à une pathologie

La plateforme* de téléconsultation* permet d'accéder à un service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, Sida, allergies, etc.) animé par les professionnels* de santé et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

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

6.1.4 Prévention des maladies* cardiovasculaires

Si le bénéficiaire* souhaite réduire son risque cardiovasculaire, sur simple appel de sa part, du lundi au samedi, hors jours fériés, un professionnel* de santé l'accompagne dans sa démarche, et lui explique le principe du **programme de 5 entretiens durant 12 semaines**.

Après accord de sa part, il fixe avec lui un premier rendez-vous téléphonique pour l'entretien initial du programme au cours duquel il identifie des facteurs de risques (hypertension, surpoids, habitudes alimentaires, tabagie...). Toutes les 3 semaines, un objectif est fixé et évalué en fin de période. Un bilan est réalisé en fin de programme, pour évaluer les acquis, les difficultés, et ancrer les bonnes pratiques en termes de régime alimentaire, d'activité physique, de sevrage tabagique, de contrôle de sa tension... Si besoin, le bénéficiaire* sera orienté vers son médecin* traitant pour un examen complet de sa situation.

Programme limité à un par bénéficiaire* sur la durée du contrat.

6.1.5 Prévention des troubles musculo-squelettiques

Le bénéficiaire* peut solliciter, sur simple appel de sa part du lundi au samedi, hors jours fériés, une fois par année civile, un bilan de prévention des troubles musculo-squelettiques, réalisé à distance par un professionnel* de santé. Celui-ci évalue la situation professionnelle du bénéficiaire*, prenant en compte les problématiques d'installation au bureau ou liées aux déplacements avec un véhicule de tourisme, ainsi que les éventuelles situations de stress au travail.

Il identifie avec le bénéficiaire* un plan d'action opérationnel avec des mesures correctives, et prévoit si nécessaire :

- la mise en relation avec un prestataire pour l'essai d'équipements ergonomiques ;
- et / ou la mise en œuvre d'une des prestations décrites aux articles « Prévention du stress au travail », « Bilan professionnel », et d'un programme motivationnel sur un des thèmes suivants : troubles musculo-squelettiques, sommeil et stress, activité physique, nutrition.

6.1.6 Information juridique et vie pratique

Des informations dans les domaines suivants sont délivrées au bénéficiaire* :

- formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles ;
- habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, décès, transmissions et succession, affaires sociales.

6.1.7 Deuxième avis médical

Le bénéficiaire* dispose d'un service pouvant lui délivrer un deuxième avis médical par des experts reconnus pour leur expérience académique et clinique, afin qu'il puisse prendre une décision éclairée en cas de maladie* grave ou de décision médicale importante.

Le bénéficiaire* peut obtenir un deuxième avis lorsqu'un premier diagnostic a déjà été posé par un médecin* spécialiste.

La mise en œuvre de cette prestation est subordonnée à la transmission par le bénéficiaire* de l'exhaustivité des comptes rendus médicaux et examens déjà réalisés par le bénéficiaire*. Ces éléments, demandés lors de la constitution du dossier, sont nécessaires pour obtenir un deuxième avis médical.

Dans le cadre du deuxième avis médical, le bénéficiaire* accède à un réseau de spécialistes sélectionnés pour leurs compétences. Si aucun spécialiste n'est référencé pour la pathologie du bénéficiaire*, la prestation ne pourra pas être délivrée.

L'avis est rendu dans un délai moyen de 7 jours à compter de la date de transmission des données par le bénéficiaire*.

6.1.7.1 Prestataire du Service Deuxième Avis

Désigne la société Carians, société par actions simplifiée, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 803 657 717, ayant son siège social chez Paris Santé Cochin – 29, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, qui met œuvre le Service Deuxième Avis sous son entière responsabilité.

6.1.7.2 Responsable du traitement des données

Pour le Service Deuxième Avis, désigne le prestataire du Service Deuxième Avis, responsable des traitements.

6.1.7.3 Service Deuxième Avis

Désigne le service opéré par le prestataire du Service Deuxième Avis, qui permet au bénéficiaire* de disposer d'un téléconseil personnalisé à partir des informations communiquées par ses soins et sous sa responsabilité, *via* une plateforme sécurisée développée et exploitée par le prestataire du Service Deuxième Avis, sous sa responsabilité.

6.1.7.4 Accès au Service Deuxième Avis

Pour utiliser le Service Deuxième Avis, le bénéficiaire* doit préalablement :

- créer un compte personnel auprès du prestataire du Service Deuxième Avis depuis la plateforme* Med&Vous ;
- et avoir accepté les conditions générales du Service Deuxième Avis qui définissent les prestations du Service Deuxième Avis, leurs conditions, modalités et limites d'application, ainsi que les cas d'exclusion.

Elles sont disponibles sur <https://www.deuxiemeavis.fr/>

Le prestataire du Service Deuxième Avis intervient sous sa seule responsabilité. En aucun cas, la responsabilité du délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne saurait être engagée au titre de la délivrance ou de l'accès au Service Deuxième Avis.

6.2 Prestation d'assistance accessible en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire

6.2.1 Téléconsultation Med&Vous

La téléconsultation*, objet de la présente garantie (« **téléconsultation* Med&Vous** »), est un acte de télémédecine au sens de l'article L. 6316-1 du Code de la santé publique français. Elle est réalisée par l'intermédiaire d'une plateforme* téléphonique dédiée.

- La téléconsultation* ne constitue pas un service d'urgence. En cas d'urgence, l'assuré* doit contacter les services de secours locaux.
- La téléconsultation* n'a pas pour objet de remplacer une prise en charge globale et le suivi de l'assuré* par son médecin* traitant.
- Les informations médicales échangées avec les professionnels* de santé restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical. Aucune donnée n'étant transmise à Redion France ni à SwissLife Prévoyance et Santé.

Ce qui est garanti

La téléconsultation* Med&Vous vous permet de bénéficier :

- d'un service de téléconsultation* ;
- d'un service de conseils en ligne par un professionnel*.

Si le bénéficiaire* a besoin de consulter un médecin* généraliste, il peut contacter la plateforme* de téléconsultation* au numéro de téléphone indiqué au début de la présente notice d'information, ou accéder au service *via* la plateforme* Med&Vous, aux fins de bénéficier de la garantie téléconsultation* sur rendez-vous.

Chaque bénéficiaire* bénéficie de la téléconsultation* qui est garantie par le délégataire* de gestion des prestations d'assistance et délivrée en tant qu'opérateur de la téléconsultation*, qui fait appel à un ou plusieurs sous-traitants au titre de sa mise en œuvre.

L'accès au service de téléconsultation*, est réservé aux personnes physiques de plus de 18 ans. Pour toute fourniture du service de téléconsultation* à un mineur dont l'âge est supérieur à 12 mois, l'accès à la plateforme* est nécessairement effectué et mis en œuvre par son représentant légal, sous sa responsabilité exclusive.

Le service de téléconsultation* comprend, le cas échéant, avec ou sans rendez-vous :

- la délivrance d'une information santé, sans viser de diagnostic ;
- le renseignement d'un dossier médical ;
- le renseignement d'un questionnaire médical spécifique ;
- la délivrance d'une prescription, le cas échéant ;
- la consultation du compte rendu de l'acte de téléconsultation* ainsi que de la prescription, le cas échéant.

Limite de garantie et de responsabilité

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne saurait être tenue responsable :

- des interruptions de service et / ou dommages résultant de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et / ou informatiques ;
- de modifications de la situation du bénéficiaire*, et notamment de son état de santé antérieur ou actuel, qui n'auraient pas été signifiées lors de la téléconsultation* ;
- des conséquences d'une réglementation locale interdisant ou ne reconnaissant pas les actes de téléconsultation* et / ou les prescriptions écrites médicamenteuses réalisées par nos professionnels* de santé ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

La téléconsultation* peut être refusée par le professionnel* de santé si celui-ci estime, en application de ses obligations professionnelles et déontologiques et de la réglementation en vigueur, que le bénéficiaire* n'est pas en mesure d'échanger dans le cadre d'une téléconsultation*, ou qu'un examen clinique avec présence physique ou que des examens complémentaires sont nécessaires. Dans ce cas, il oriente le bénéficiaire* vers son médecin* traitant ou un établissement de soins adapté à sa situation, selon son choix. Le bénéficiaire* reconnaît et accepte que, dans de telles situations, le professionnel* de santé l'informe et lui expose les motifs de l'impossibilité de bénéficier des prestations au titre de la garantie téléconsultation* Med&Vous.

Exclusions relatives à la téléconsultation Med&Vous

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Le bénéficiaire* est informé que la téléconsultation* ne permet en aucun cas le diagnostic, la prise en charge médicale et le suivi des situations d'urgence. Le cas échéant, il appartient au bénéficiaire* de contacter les services d'urgence ou le centre 15 de son département.

La plateforme ne constitue pas un dispositif médical logiciel. En outre, la téléconsultation* délivrée dans le cadre de la plateforme ne peut avoir pour finalité de remplacer le médecin* traitant du bénéficiaire*, et est proposée uniquement en complément de la prise en charge et du suivi effectués par le médecin* traitant ou les autres médecins* du bénéficiaire*.

Sont exclus :

- les demandes de téléconsultation* avec un médecin* autre qu'un médecin* généraliste ;
- les suivis de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois ;
- les consultations nécessitant un examen physique du bénéficiaire* ;
- les demandes de téléconsultation* avec un médecin* ayant une spécialité autre que les professionnels* médicaux de l'assistance téléconsultation* ;
- les demandes de second avis médical, autres que celles proposées par le prestataire du service Med&Vous.

Limites

L'accès à la téléconsultation* n'est pas de droit : le médecin* peut estimer qu'il n'est pas en mesure de délivrer le service de téléconsultation* lorsqu'un examen clinique avec présence physique de l'utilisateur ou des examens complémentaires sont nécessaires. Le cas échéant, il appartient au bénéficiaire* de consulter son médecin* traitant.

Les informations ne peuvent en aucun cas remplacer une prise en charge globale et personnalisée par un professionnel* de santé. Dans la mesure du possible, le bénéficiaire* doit toujours privilégier le recours à son médecin* traitant.

En toutes hypothèses, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne saurait être tenu responsable de l'interprétation ou de l'utilisation des informations diffusées par l'intermédiaire de la plateforme*, ni des conséquences.

Exclusions relatives aux prescriptions médicales

Le bénéficiaire* reconnaît et accepte qu'aucune prescription médicale ne peut être délivrée dans les cas suivants :

- la prescription lorsque le bénéficiaire* se situe en dehors du territoire français ;
- la prescription pour un renouvellement de traitement (sauf si compatible avec le point suivant) ;
- la prescription de traitements supérieurs à 7 jours ;
- la prescription de préparations magistrales ou officielles ;
- la prescription de certificats médicaux ;
- la prescription d'arrêts de travail ;
- les prescriptions particulières, par exemple :
 - médicaments soumis à prescription restreinte ;
 - médicaments soumis à accord préalable ;
 - médicaments d'exception ;
 - prescriptions de stupéfiants.

6.3 Prestation d'assistance accessible en cas de maladie ou d'accident au domicile

6.3.1 Transfert à l'hôpital et retour au domicile*

Lorsqu'un transport médical est prescrit par le médecin* traitant du bénéficiaire* et hors cas d'urgence, un aller-retour maximum par événement* peut lui être organisé, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, du domicile* jusqu'au lieu de son hospitalisation*.

Le bénéficiaire* est remboursé du reste à charge en complément des remboursements réalisés par la Sécurité sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).

6.4 Prestations d'assistance accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours d'un bénéficiaire

6.4.1 Acheminement des médicaments

L'acheminement de médicaments au domicile* du bénéficiaire* peut être pris en charge, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. Ils devront être prescrits 48 heures maximum avant la demande prise en charge.

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

6.4.2 Envoi d'un médecin

En l'absence du médecin* traitant, pour trouver un médecin* de garde, sur le lieu de domicile* du bénéficiaire*, trois médecins sont proposés au bénéficiaire*.

En aucun cas la responsabilité du délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne saurait être engagée si aucun médecin* n'était disponible.

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

6.5 Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures du bénéficiaire

6.5.1 Plan d'aide à la convalescence

Pendant l'hospitalisation* ou lors du retour à domicile* du bénéficiaire*, une assistante sociale réalise un entretien téléphonique avec le bénéficiaire* ou sa famille, afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'hospitalisation*, et aborde différents domaines.

- **Les besoins en services à domicile*** : un bilan sur les services déjà en cours est effectué, fréquences et heures d'intervention, et il est établi quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne du bénéficiaire* et de sa famille.
- **Les droits et les démarches** : le bénéficiaire* est aidé dans ses démarches administratives, et est accompagné sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc.).
- **Les aides techniques** : le bénéficiaire* est informé sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant. Le bénéficiaire* peut également être mis en relation avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

6.5.2 Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Un psychologue assure une écoute adaptée au bénéficiaire* (**3 entretiens téléphoniques maximum par événement***) et / ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.5.3 Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** du bénéficiaire*, restés seuls au domicile* sans surveillance d'un adulte, il peut bénéficier d'une prise en charge, **par événement***, de l'une des prestations de son choix ci-dessous :

- la garde à domicile* : le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation, et **ne pourra dépasser 10 heures par jour pendant 2 jours, dans la limite de 250 euros TTC** ;
- **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à leur disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire** ;
- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à sa disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire** ;
- **ou** l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 10 allers-retours à concurrence de 500 euros TTC maximum pour l'ensemble des enfants, et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire***.

6.5.4 Garde ou transfert des ascendants

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du bénéficiaire* vivant habituellement au domicile* et restés seuls, est prise en charge, **par événement***, l'une des prestations de son choix ci-dessous :

- la garde à domicile* : le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation, et **ne pourra dépasser 10 heures par jour pendant 2 jours, dans la limite de 250 euros TTC** ;
- **ou** le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à leur disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire** ;
- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à sa disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire**.

6.5.5 Assistance aux animaux de compagnie

Le bénéficiaire* peut prétendre à la prise en charge (**hors frais de toilettage et des soins vétérinaires**) de la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile* des animaux* de compagnie tels que définis ci-dessus.

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

6.6 Prestations d'assistance accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours, ou d'hospitalisation supérieure à 48 heures d'un bénéficiaire

6.6.1 Aide à domicile*

Les services d'une aide* à domicile*, exerçant dans sa zone* de résidence, peuvent être mis à disposition du bénéficiaire*, afin de le soulager dans ses tâches ménagères. La prestation d'aide* à domicile* est prise en charge dans les conditions ci-après :

- pour la prise en charge de la prestation, un certificat médical devra être envoyé à l'adresse qui vous sera indiquée lors de l'ouverture de votre dossier ;
- la durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures attribuées sont déterminés en fonction de la situation de famille, la surface du domicile*, les capacités à se déplacer du bénéficiaire*.

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

6.6.2 Organisation de soins à domicile*

À la demande du bénéficiaire* et **sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin***, un service de soins à domicile* (infirmière, auxiliaire de vie) peut être mis en place.

Le coût de ce service reste à la charge du bénéficiaire*.

6.6.3 Voyage et hébergement d'un proche

Lors de l'hospitalisation* ou de l'immobilisation* du bénéficiaire*, la venue d'un proche, résidant dans la même zone* de résidence que celle du bénéficiaire* est organisée. **Pour se rendre au chevet du bénéficiaire, un titre* de transport et de mode de liaison*, si nécessaire**, sont pris en charge et mis à sa disposition, **par événement***. **L'hébergement du proche sur place est également pris en charge pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris) et dans la limite de 160 euros TTC par événement***.

6.7 Prestations accessibles en cas d'atteinte corporelle grave

6.7.1 Informations relatives à la maladie et au handicap

Le bénéficiaire* reçoit des renseignements d'ordre privé, qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après :

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

6.7.2 Prise en charge de la maladie et du handicap

Les assistantes sociales renseignent et accompagnent le bénéficiaire* et ses proches dans les domaines suivants :

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

6.7.3 Assistance psychologique

Un psychologue assure une écoute adaptée au bénéficiaire* (**3 entretiens téléphoniques maximum par événement***) et / ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.7.4 Accompagnement social

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

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

Le bénéficiaire* peut être accompagné dans l'organisation et la coordination de services au quotidien.

Il bénéficie alors de la recherche et la mise en relation avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- le transport / accompagnement (exemples : visite chez le médecin*, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.) ;
- la livraison de courses ;

- le portage de repas à domicile*, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à domicile* ;
- la présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents ;
- les petits dépannages (exemples : serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.) ;
- le petit bricolage (exemple : changer les fusibles, ampoules électriques, etc.) ;
- le petit jardinage (exemples : tondre la pelouse, couper une haie, etc.) ;
- les soins à domicile*.

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

6.7.6 Orientation vers des prestataires spécialisés

En cas de traitement chimiothérapique, le bénéficiaire* est orienté vers des prestataires dédiés tels que :

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

6.7.7 Accompagnement dans les déplacements

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

La venue d'un accompagnateur (accompagnement véhiculé ou au bras) est organisée et prise en charge, le cas échéant, **dans la limite de 150 euros TTC par année civile par évènement***.

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

Le bénéficiaire* dispose d'une aide pour :

- rechercher et être mis en relation avec des entreprises afin de faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule ;
 - avoir des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé.
- En aucun cas le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

Le choix final des prestataires est du ressort du bénéficiaire*. Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne pourra pas être tenu responsable de la qualité et des délais des travaux d'adaptation du logement.

6.7.9 Accompagnement budgétaire et social

Le bénéficiaire* ou l'un de ses proches peut contacter son service d'assistance pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

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

6.7.10 Accompagnement personnalisé pour réenvisager son avenir professionnel

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

Le bénéficiaire* est accompagné dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aidé à la préparation des entretiens d'embauche et la vérification de l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

6.8 Prestations d'assistance accessibles lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ou d'une hospitalisation liée à une maladie grave du bénéficiaire

6.8.1 Garde ou conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans

Le bénéficiaire* dispose d'une prise en charge de l'une des prestations ci-dessous, de son choix :

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

6.8.2 Accompagnement au diagnostic

Les professionnels* de santé de la plateforme* Med&Vous accompagnent l'adhérent* ou son conjoint* dans la compréhension de la maladie* et son stade évolutif,

sur les impacts sur son mode de vie, les possibilités thérapeutiques et sur la gravité ou l'incertitude du diagnostic.

Cette garantie est limitée à 2 entretiens téléphoniques par année civile avec le médecin* de la plateforme* Med&Vous.

6.8.3 Aide à l'annonce du diagnostic aux proches

Des psychologues peuvent aborder avec le bénéficiaire* les questions à se poser portant sur l'appréhension pour l'annonce du diagnostic aux proches, et envisager les moyens les plus adaptés pour le faire.

Cette garantie est limitée à 2 entretiens téléphoniques avec les psychologues, par année civile.

6.8.4 Aide à l'organisation de la vie sociale, professionnelle pendant les soins ou un arrêt de travail long

Les assistantes sociales réalisent un bilan de situation du foyer et peuvent orienter et assister le bénéficiaire* dans les démarches auprès des organismes concernés.

Il bénéficie également d'une aide afin d'établir un état des dépenses et revenus et d'informations sur les démarches à effectuer afin de prétendre à d'éventuelles aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière et sociale. Si besoin, une mise en relation avec les services sociaux locaux peut être réalisée.

Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile avec les assistantes sociales.

6.8.5 Accompagnement de fin de vie du bénéficiaire

Une assistante sociale réalise un accompagnement personnalisé en tenant compte de la situation physique et sociale de l'adhérent* ou son conjoint* :

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

6.8.6 Organisation et démarches en fin de vie du bénéficiaire

Des informations peuvent être apportées au bénéficiaire* concernant les démarches et formalités à accomplir : informer les proches de l'existence d'un contrat d'assurance décès, ses dernières volontés, l'existence d'un testament etc.

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

6.9 Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures de l'enfant âgé de moins de 10 ans du bénéficiaire

6.9.1 Présence auprès de l'enfant hospitalisé

En cas d'hospitalisation* à plus de 30 kilomètres du domicile* d'un enfant âgé de moins de 10 ans du bénéficiaire*, les frais de la chambre d'hôtel du bénéficiaire* sont pris en charge, en dehors de toute autre frais, pendant **2 nuits maximum à concurrence de 160 euros TTC maximum par évènement***.

6.9.2 Garde des autres enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** du bénéficiaire*, restés seuls au domicile* sans surveillance d'un adulte, il peut bénéficier d'une prise en charge, **par évènement***, de l'une des prestations de son choix ci-dessous :

- la garde à domicile* : le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation, et **ne pourra dépasser 10 heures par jour pendant 2 jours, dans la limite de 250 euros TTC par évènement*** ;
- **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à leur disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire** ;
- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à sa disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire** ;
- **ou** l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 10 allers-retours à concurrence de 500 euros TTC maximum par évènement*** pour l'ensemble des enfants, et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*.

6.10 Prestation d'assistance accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans du bénéficiaire

6.10.1 Garde de l'enfant immobilisé au domicile

Si personne ne peut s'occuper de l'enfant immobilisé âgé de moins de 16 ans du bénéficiaire* resté seul au domicile*, sa garde à domicile* peut être organisée et prise en charge.

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

6.11 Prestation d'assistance accessible en cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans du bénéficiaire

6.11.1 École à domicile

Un répétiteur scolaire se déplace au domicile* du bénéficiaire* pour donner à l'enfant des cours allant de la classe préparatoire à la classe de terminale, dans les matières principales (français, mathématiques, langues étrangères (première et deuxième langues inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences de la vie et de la terre), et sera pris en charge à raison de **10 heures maximum par semaine et dans la limite de 2 000 euros TTC par évènement***.

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

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

Un certificat médical devra être envoyé à l'adresse qui vous a été communiquée lors de l'ouverture de votre dossier, indiquant la nature de la maladie* ou de l'accident*, et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie* ou de cet accident*, se rendre dans son établissement scolaire, ainsi que la durée de son immobilisation*.

6.12 Prestations d'assistance accessibles en cas de grossesse ou de maternité de l'adhérent ou de son conjoint

6.12.1 Information thématique santé

La prestation d'information santé est fournie par les médecins* de la plateforme* de téléconsultation* Med&Vous, et destinée à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

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

6.12.2 Informations pratiques

Un service d'informations est à votre disposition pour répondre à toute question relative aux thèmes suivants :

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

6.12.3 Aide à domicile

En cas d'hospitalisation* imprévue supérieure à 5 jours ou d'immobilisation* au domicile* avec alitement supérieur à 2 semaines liée à sa grossesse, les services d'une aide à domicile* exerçant dans sa zone* de résidence peuvent être mis à disposition du bénéficiaire*, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

La prestation d'aide à domicile* est prise en charge dans les conditions ci-dessous :

- pour la prise en charge de la prestation, un certificat médical devra être envoyé à l'adresse qui vous sera indiquée lors de l'ouverture de votre dossier ;
- la durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures attribuées sont déterminés en fonction de la situation de famille, la surface du domicile*, les capacités à se déplacer du bénéficiaire*.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par évènement*, réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile* du bénéficiaire* ou la date de début d'immobilisation* du bénéficiaire*.

La garantie peut être accordée 2 fois maximum lors des hospitalisations* ou des immobilisations* en cas de nouvel arrêt au cours de la même grossesse du bénéficiaire*.

6.12.4 Garde des enfants âgés de moins de 16 ans

S, à la suite d'une hospitalisation* supérieure à 5 jours ou à l'immobilisation* au domicile* avec alitement de plus de 2 semaines liée à la grossesse, et si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'adhérent* ou de son conjoint*, il peut bénéficier d'une prise en charge, par évènement*, de l'une des prestations de son choix ci-dessous :

- la garde à domicile* : le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation, et ne pourra dépasser 20 heures dans la limite de 250 euros TTC par évènement* ;
- ou le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone* de résidence de l'adhérent*, en mettant à leur disposition un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire ;
- ou la venue d'un proche, habitant dans la zone* de résidence de l'adhérent*, en mettant à sa disposition un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire ;

- ou l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite de 10 allers-retours à concurrence de 500 euros TTC maximum par évènement* pour l'ensemble des enfants, et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* de l'adhérent*.
- La garantie peut être accordée 2 fois lors des hospitalisations* ou des immobilisations* en cas de nouvel arrêt au cours de la même grossesse de l'adhérent* ou de son conjoint*.

6.12.5 Livraison de médicaments

Si, du fait de son immobilisation* au domicile* avec alitement de plus de 2 semaines, le bénéficiaire* ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, l'acheminement des médicaments au domicile* du bénéficiaire* peut être organisé et pris en charge.

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire* devra lui rembourser au moment même de leur livraison.

6.12.6 Organisation des déplacements pour examens et analyses

Si pendant l'immobilisation* au domicile* avec alitement de plus de 2 semaines, le bénéficiaire* doit passer des examens médicaux ou faire des analyses médicales, et lorsqu'un transport médical est prescrit par le médecin* traitant du bénéficiaire* et hors cas d'urgence, un aller-retour maximum par évènement* est organisé en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, du domicile* jusqu'au lieu de son hospitalisation*. Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance rembourse au bénéficiaire* le reste à charge en complément des remboursements réalisés par la Sécurité sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).

6.13 Prestations d'assistance accessibles à l'occasion de l'accouchement

6.13.1 Transport jusqu'à la maternité

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

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

6.13.2 Présence d'un proche au domicile*

Pendant le séjour à la maternité de la maman bénéficiaire*, le transport d'un proche résidant dans la même zone* de résidence que celle du bénéficiaire* est organisé et pris en charge, en mettant à sa disposition un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire par évènement*, afin de se rendre à son domicile* pour apporter de l'aide à la famille du bénéficiaire*.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les prestations 6.13.3 « Séjour à l'hôtel d'un proche », 6.13.4 « Garde des enfants âgés de moins de 16 ans » et 6.13.5 « Aide à domicile ».

6.13.3 Séjour à l'hôtel d'un proche

Pendant le séjour à la maternité de la maman bénéficiaire*, l'hébergement d'un proche du bénéficiaire* sur place est pris en charge pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris), à concurrence de 80 euros TTC maximum par nuit et dans la limite de 160 euros TTC par évènement*.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la prestation 6.13.2 « Présence d'un proche au domicile » et 6.13.5 « Aide à domicile ».

6.13.4 Garde des enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans du bénéficiaire*, restés seuls au domicile* sans surveillance d'un adulte, il peut bénéficier d'une prise en charge, par évènement*, de l'une des prestations de son choix ci-dessous :

- la garde à domicile* : le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation et ne pourra dépasser 10 heures par jour pendant 2 jours, dans la limite de 250 euros TTC par évènement* ;
- ou le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à leur disposition un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire ;
- ou la venue d'un proche, habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à sa disposition un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire ;
- ou l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite de 10 allers-retours à concurrence de 500 euros TTC maximum par évènement* pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la prestation 6.13.2 « Présence d'un proche au domicile ».

6.13.5 Aide à domicile*

Si aucun proche n'est disponible pour venir en aide au bénéficiaire* durant son séjour à la maternité, les services d'une aide à domicile*, exerçant dans sa zone* de résidence, peuvent être mis à disposition du bénéficiaire* afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

La prestation d'aide à domicile* est prise en charge dans les conditions ci-dessous.

Pour la prise en charge de la prestation, un certificat médical devra être envoyé à l'adresse qui vous sera indiquée lors de l'ouverture de votre dossier. **La durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures attribuées sont déterminés en fonction de la situation de famille, la surface du domicile*, les capacités à se déplacer du bénéficiaire*.**

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement* réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile* du bénéficiaire* ou suivant la date de naissance de l'enfant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 6.13.2 « Présence d'un proche au domicile » et 6.13.3 « Séjour à l'hôtel d'un proche ».

6.14 Prestations d'assistance accessibles pendant les six premiers mois suivant la naissance

6.14.1 Information pratique

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

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

6.14.2 Auxiliaire de puériculture

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

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

6.14.3 Accompagnement psychologique

Un psychologue assure une écoute adaptée au bénéficiaire* (3 entretiens téléphoniques maximum par événement*) et/ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.14.4 Aide à domicile*

Si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours et nécessite la présence du bénéficiaire* à son chevet, les services d'une aide à domicile* exerçant dans sa zone* de résidence, peuvent être mis à disposition du bénéficiaire*, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

La prestation d'aide à domicile* est prise en charge dans les conditions ci-dessous.

Pour la prise en charge de la prestation, un certificat médical devra être envoyé à l'adresse qui vous sera indiquée lors de l'ouverture de votre dossier. **La durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures attribuées sont déterminés en fonction de la situation de famille, la surface du domicile*, les capacités à se déplacer du bénéficiaire*.**

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement* réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début d'hospitalisation* de l'enfant.

Cette garantie est accordée une fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance et n'est pas cumulable avec la garantie 6.14.6 « Présence d'un proche au domicile ».

6.14.5 Garde des enfants âgés de moins de 16 ans

La présente garantie n'est accordée qu'en complément de la garantie 6.5.2 et sous réserve que :

- l'une des prestations prévues à l'article 6.5.2 ait été prise en charge et son plafond ait été atteint ;
- l'hospitalisation* du nouveau-né soit supérieure à 5 jours.

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

- la garde à domicile* : le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation et ne pourra dépasser **10 heures par jour pendant 2 jours, dans la limite de 250 euros TTC ;**
- **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à leur disposition un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire ;

- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone* de résidence du bénéficiaire*, en mettant à sa disposition un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire ;

- **ou** l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite de 10 allers-retours, à concurrence de 500 euros TTC maximum par événement* pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile* du bénéficiaire*.

Cette garantie est accordée une fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance et n'est pas cumulable avec la garantie 6.14.6 « Présence d'un proche au domicile ».

6.14.6 Présence d'un proche au domicile*

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

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties 6.14.4 « Aide à domicile » et 6.14.5 « Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ».

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

6.15 Prestations d'assistance accessibles en cas de projet de procréation médicalement assistée

6.15.1 Information médicale et pratique

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

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

6.15.2 Accompagnement psychologique

Un psychologue assure une écoute adaptée au bénéficiaire* (3 entretiens téléphoniques maximum par événement*) et/ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.15.3 Accompagnement social

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

6.16 Prestations d'assistance accessibles en cas de projet d'adoption

6.16.1 Information médicale et pratique

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

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

6.16.2 Accompagnement psychologique

Un psychologue assure une écoute adaptée au bénéficiaire* (3 entretiens téléphoniques maximum par événement*) et/ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.17 Maintien dans l'activité professionnelle

Dans le cadre de la garantie de cet article 6.17, il faut entendre par bénéficiaires* : l'adhérent* salarié ou employeur.

Pour l'adhérent employeur

6.17.1 Coaching

Une séance de coaching par téléphone est prise en charge, dans la limite de 250 euros TTC par événement*, avec un prestataire spécialisé, afin de préparer le manager ou un correspondant RH au retour d'un collaborateur ayant été en arrêt maladie* pour une durée supérieure à 6 mois.

Cette garantie ne peut être mise en œuvre qu'une fois par année civile.

Pour l'adhérent salarié

Lors d'un arrêt de travail en longue maladie* et son retour en poste ou lors d'un événement* traumatisant ou de situation de crise : écoute et aide à la recherche de professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

Un psychologue assure au bénéficiaire* une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.17.2 Prévention du burn-out

Une évaluation de la situation de stress au travail est organisée et prise en charge.

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

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

Les frais de consultation du spécialiste restent à la charge de l'adhérent* salarié.

Si l'adhérent* salarié le souhaite, il pourra être accompagné dans cette démarche par des psychologues au travers d'entretiens téléphoniques d'accompagnement.

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

6.18 Prestation d'assistance accessible en cas d'arrêt de travail supérieur à 5 jours du salarié en charge de la garde des enfants du bénéficiaire

6.18.1 Garde des enfants âgés de moins de 12 ans

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

Pour la prise en charge de la prestation, un justificatif de l'arrêt de travail du salarié en charge de la garde des enfants devra être envoyé à l'adresse qui vous sera indiquée lors de l'ouverture de votre dossier.

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

Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile.

6.19 Prestation d'assistance accessible en cas de grève dans l'établissement scolaire de l'enfant du bénéficiaire

Par grève, il faut entendre un mouvement social pris à l'initiative de tout ou partie du personnel au sein de l'établissement scolaire de l'enfant, à l'exception des grèves générales initiées par les principaux syndicats du pays, ainsi que celles initiées par tout le secteur.

6.19.1 Garde des enfants âgés de moins de 12 ans

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

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

Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile.

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

6.20 Prestations d'assistance accessibles en cas de décès d'un bénéficiaire

6.20.1 Informations obsèques

La famille du bénéficiaire* dispose d'un service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépulture, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

6.20.2 Aide à l'organisation des obsèques

Sur simple appel téléphonique, une aide est apportée à la famille du bénéficiaire* dans l'organisation des obsèques :

- conseils dans les démarches et actions à entreprendre ainsi que les premières décisions à prendre ;
- explications sur le déroulement des obsèques ;
- aide à la recherche d'un opérateur funéraire et mise en relation avec ce dernier pour l'organisation des obsèques.

Dans tous les cas, le choix de l'opérateur appartient à la famille.

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

6.20.3 Avance de fonds

Si les proches du bénéficiaire* ne peuvent pas régler les frais d'inhumation du bénéficiaire* défunt, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance peut effectuer une avance de frais aux proches du bénéficiaire*, défunt **dans la limite de 1 000 euros par événement*.**

Cette avance sera versée sous réserve que le proche du bénéficiaire* complète et signe le formulaire de reconnaissance de dettes fourni lors de sa demande, accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité. L'avance sera mise en œuvre après réception de ces documents.

Cette avance devra être remboursée à SwissLife Prévoyance et Santé, dans les conditions prévues à l'article 4.5 « Conditions d'avance de frais », et dans un délai de 30 jours.

Toute demande formulée plus de 5 jours calendaires après le décès ne pourra pas donner lieu à intervention.

6.20.4 Présence d'un proche

Le transport d'un proche résidant dans la même zone* de résidence que celle du bénéficiaire* est organisé et pris en charge, en mettant à sa disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire par événement***, afin de se rendre aux obsèques du bénéficiaire* en France.

L'hébergement du proche sur place est également pris en charge pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris) par événement*, dans la limite de 70 euros TTC par nuit.

6.20.5 Accompagnement psychologique

Un psychologue assure une écoute adaptée à la famille du bénéficiaire* (**3 entretiens téléphoniques maximum par événement***) et / ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.20.6 Aide à domicile

Les services d'une aide à domicile*, exerçant dans sa zone* de résidence, peuvent être mis à disposition de la famille du bénéficiaire*, afin de la soulager dans ses tâches ménagères.

La prestation d'aide à domicile* est prise en charge dans les conditions ci-dessous :

- pour la prise en charge de la prestation, un certificat de décès devra être envoyé à l'adresse qui vous sera indiquée lors de l'ouverture de votre dossier ;
- **la durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures attribuées sont déterminés en fonction de la situation de famille, la surface du domicile*, les capacités à se déplacer du bénéficiaire*.**

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

6.20.7 Garde des enfants et petits-enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants ou petits-enfants âgés de moins de 16 ans** du bénéficiaire* décédé, restés seuls au domicile* sans surveillance d'un adulte, la famille du bénéficiaire* peut se voir accorder la prise en charge, **par événement***, de l'une des prestations de son choix ci-dessous :

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

6.20.8 Garde ou transfert des ascendants

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du bénéficiaire* décédé vivant habituellement au domicile* et restés seuls, la famille du bénéficiaire* peut se voir accorder la prise en charge, **par événement***, de l'une des prestations de son choix ci-dessous :

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

6.20.9 Accompagnement psychologique des enfants

Un psychologue assure aux enfants du bénéficiaire* une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique, afin d'étudier les besoins de suivi psychologiques des enfants face au décès du parent.

Une autorisation écrite des parents (ou du tuteur légal) titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur est requise avant la réalisation de la consultation téléphonique avec un psychologue.

L'obtention de l'autorisation est à la charge du délégataire* de gestion des prestations d'assistance qui s'y oblige.

6.20.10 Accompagnement social

Une assistance sociale réalisera auprès des proches du bénéficiaire* décédé un bilan de situation du foyer, et pourra ensuite les orienter et les assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

Une aide est apportée aux proches du bénéficiaire* décédé dans les démarches administratives. Des courriers types nécessaires aux organismes et administrations sont également mis à leur disposition et, le cas échéant, les coordonnées de ces derniers leur sont communiquées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates auprès :

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

6.20.11 Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi

Un bilan de situation professionnelle peut être organisé pour le conjoint* du bénéficiaire* décédé, **dans les 3 mois qui suivent le décès**.

Le conjoint* du bénéficiaire* décédé peut également être accompagné dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche, et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

6.20.12 Accompagnement budgétaire et social

Le conjoint* du bénéficiaire* décédé peut contacter son service d'assistance pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

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

6.21 Assistance au quotidien

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

Selon le cas, le bénéficiaire* peut demander la prolongation ou la mise en œuvre, à ses frais exclusifs, des prestations d'assistance au quotidien énumérées ci-dessous. Plusieurs prestataires partenaires sont sélectionnés et proposés au bénéficiaire* qui effectue le choix final. L'organisation et la mise en place de la prestation au nom et pour le compte du bénéficiaire* sont alors faites.

6.21.1 Aide ménagère

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

6.21.2 Collecte et livraison à domicile de linge repassé

Dans le cadre de ce service, l'organisme :

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

6.21.3 Livraison de repas à domicile

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

6.21.4 Préparation de repas à domicile

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

6.21.5 Livraison de courses à domicile

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

Les achats effectués sont à la charge du bénéficiaire*.

6.21.6 Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage

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

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

6.21.7 Petit bricolage

Ce service comprend la réalisation des prestations élémentaires (**durée d'intervention ne dépassant pas 2 heures**) et occasionnelles suivantes : fixer une étagère, accrocher un cadre, poser des rideaux, remplacer des joints, poser un lustre, changer une ampoule, etc.

Ce service ne comprend pas :

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

6.21.8 Cours à domicile

Ce service comprend les cours à domicile* dispensés de manière individuelle à tout public : enfant, adulte étudiant ou non.

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

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

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

6.21.9 Assistance administrative

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

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

6.21.10 Surveillance temporaire au domicile, de la résidence principale et secondaire

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

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

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

6.21.11 Garde d'enfant à domicile

Ce service comprend :

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

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

6.21.12 Soutien scolaire

La prestation de soutien scolaire est fournie **exclusivement au domicile*** du bénéficiaire* de la prestation, **par un intervenant physiquement présent**.

Les cours dispensés dans le cadre du soutien scolaire doivent, par ailleurs, être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire :

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

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

6.21.13 Cours à domicile*

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

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

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

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

6.21.14 Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur domicile*

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

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

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

Peuvent bénéficier de ces prestations :

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

L'organisme accompagne et assiste les bénéficiaires* :

- **Dans leurs actes essentiels de la vie quotidienne** : ce service comprend l'aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade, etc.

Dans ce cadre, peuvent être notamment intégrées les prestations de vigilance, visites physiques de convivialité.

Cette prestation est effectuée en lien avec l'entourage et / ou les services compétents.

- **Dans leurs activités de la vie sociale et relationnelle** : ce service comprend l'aide à l'accompagnement dans les activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien des relations sociales, etc., à domicile* ou à partir du domicile*, notamment les prestations d'animation culturelles et artistiques pour des personnes gravement malades ou en fin de vie maintenues au domicile*.
- **À l'occasion des activités intellectuelles, sensorielles et motrices** : ce service comprend notamment les activités comprenant des interventions au domicile* des bénéficiaires* en perte d'autonomie, afin de les aider à adapter leurs gestes et modes de vie à leurs capacités d'autonomie dans leur environnement domestique, tout en permettant, dans le même temps, d'optimiser l'accompagnement des aidants* eux-mêmes.

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

6.21.16 Assistance aux personnes handicapées

Les activités d'assistance aux personnes handicapées* comprennent :

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

6.21.17 Garde malade de personnes âgées, dépendantes ou handicapées

Le garde malade assure une présence de jour ou de nuit auprès de personnes malades, en assurant leur confort physique et moral, à l'exclusion des soins.

Il peut toutefois aider à la prise de médicaments sur la base d'une ordonnance, et si la prescription médicale ne fait pas référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux.

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

6.21.18 Aide à la mobilité et transport de personnes âgées, dépendantes ou handicapées ayant des difficultés de déplacement

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

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

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

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

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

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

6.21.20 Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile

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

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

6.21.21 Soins et promenades des animaux de compagnie, pour les personnes dépendantes

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

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

Sont exclus le toilettage et les soins vétérinaires.

6.21.22 Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes

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

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

Cette prestation est exclusivement réservée aux bénéficiaires* dépendants.

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

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

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

6.22.1 Service de renseignement sur la dépendance

Toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la dépendance* d'un proche* parent sont communiquées à l'aidant* sur simple appel, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, la famille de l'aidant* peut être mise en contact avec les organismes concernés.

6.22.2 Bilan prévention dépendance

À la demande de l'aidant* et sur simple appel téléphonique, des conseillères sociales réaliseront, par téléphone, dans le cadre d'un entretien téléphonique d'une durée de 30 minutes, un bilan complet de sa situation et de son environnement.

Les conseillères sociales proposeront une analyse des réponses en vue d'éclairer l'aidant* et la remise d'une restitution écrite selon les règles de confidentialité en vigueur, par envoi postal.

Cette restitution comportera également une liste de recommandations relatives aux services d'aide à domicile* pouvant être mises en œuvre au domicile* de l'aidé*.

L'aidant* pourra à tout moment appeler des conseillères sociales pour obtenir une information supplémentaire ou tout nouveau conseil relatif à son statut d'aidant*. Les éléments découlant de ce bilan constituant des recommandations dont la mise en œuvre relève de la volonté de l'aidant*. Elles ne constituent en aucun cas une contrainte ou une obligation.

Nous recommandons vivement à l'aidant* de considérer ce bilan comme un outil de compréhension et de le partager avec l'aidé* et les équipes médicales et paramédicales en charge de l'aidé*.

6.22.3 Programme « prévenir la perte de mémoire »

Si le bénéficiaire* a besoin d'une aide sur ses problèmes mnésiques, sur simple appel de sa part, du lundi au samedi, hors jours fériés, un professionnel* de santé l'accompagne dans sa démarche, il lui explique le principe du **programme de 5 entretiens durant 12 semaines**.

Après accord de sa part, il fixe avec lui un premier rendez-vous téléphonique pour l'entretien initial du programme au cours duquel il identifie des facteurs de risques (anxiété, qualité du sommeil, prise d'alcool, sédentarité...).

Toutes les 3 semaines, un objectif est fixé et évalué en fin de période.

Un bilan est réalisé en fin de programme, pour évaluer les acquis, les difficultés et ancrer les bonnes pratiques en termes d'hygiène de vie, de reprise d'une activité sportive, d'exercices pour entretenir ses capacités cognitives... Si besoin, le bénéficiaire* sera orienté vers son médecin* traitant ou vers des filières de prise en charge des troubles mnésiques.

6.22.4 Service soutien à la mémoire

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

- s'approprier le « pourquoi je dois entretenir ma mémoire et comment le faire » ;
- stimuler ses fonctions intellectuelles et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne ;
- repenser son hygiène de vie, vis-à-vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie* neurodégénérative.

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

6.22.5 Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

Si le bénéficiaire* a besoin d'un accompagnement, sur simple appel de sa part, du lundi au samedi, hors jours fériés, un professionnel* de santé l'accompagne dans sa démarche, et lui explique le principe du **programme de 5 entretiens durant 12 semaines**. Après accord de sa part, il fixe avec lui un premier rendez-vous téléphonique pour l'entretien initial du programme au cours duquel il identifie des facteurs de risques d'incontinence (anxiété, habitudes alimentaires, prise de traitements, activités...). Toutes les 3 semaines, un objectif est fixé et évalué en fin de période. Un bilan est réalisé en fin de programme, pour évaluer les acquis, les difficultés, et ancrer les bonnes pratiques en termes d'alimentation, d'hydratation, de gestion de l'anxiété... Si besoin, le bénéficiaire* sera orienté vers son médecin* traitant pour un examen complet de sa situation.

6.22.6 Aide à la constitution d'un dossier

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

6.22.7 Recherche d'établissements spécialisés

L'aidant* peut bénéficier d'une aide à la recherche d'établissements spécialisés qui peuvent recevoir son proche* parent aidé de façon permanente.

6.22.8 Recherche d'établissements temporaires

L'aidant* peut bénéficier d'une aide à la recherche d'établissements spécialisés qui peuvent recevoir son proche* parent aidé de façon temporaire.

6.22.9 Assistance déménagement

Si son changement de domicile* est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé, le proche* parent aidé peut bénéficier de l'organisation de son déménagement.

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

En aucun cas le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne pourra être tenu responsable d'une exécution défaillante de ce prestataire.

6.22.10 Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Un psychologue assure une écoute adaptée au bénéficiaire* (**3 entretiens téléphoniques maximum par évènement***) et / ou une orientation vers les professionnels* assurant la prise en charge psychologique.

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

6.22.11 Services à la carte

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

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

Il est indiqué à l'aidant* quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les chèques emploi service universel (CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt, dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

6.22.12 Téléassistance

Dans la mesure où l'aidant* souhaite mettre en place un abonnement de téléassistance permettant le maintien de l'aidé* à son domicile*, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance l'oriente vers sa filiale spécialisée, qui met à la disposition du proche* parent aidé un appareil de téléassistance qui sécurise son maintien à domicile*.

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

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

Les frais d'installation seront offerts pour tout abonnement supérieur à 12 mois. Les frais d'abonnement sont à la charge de l'aidant*.

En France* métropolitaine, dans les principautés de Monaco et d'Andorre, ces conditions préférentielles seront appliquées lors de la souscription du contrat de téléassistance en faveur de l'aidé, auprès de la société OCEALIS, SAS au capital de 300 000 €, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 451 833 735, dont le siège est situé au 14, Terrasse Bellini, 92800 Puteaux - La Défense.

Dans les Départements-régions d'outre-mer français, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance rembourse les frais d'installation du service de téléassistance, sous réserve de la réception des factures justifiant des frais engagés.

6.22.13 Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement

Sur demande, l'aidant* peut bénéficier :

- d'une aide à la recherche d'entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement du proche* parent aidé et de la mise en relation avec ces entreprises, s'il le souhaite ;
- de renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptation des véhicules ou sur les associations.

Les travaux effectués (pièces et main-d'œuvre) sont à la charge de l'aidant* ou du proche* parent aidé qui les règlera directement aux prestataires retenus.

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

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peut être tenu responsable d'une exécution défaillante de ce prestataire.

6.22.14 Présence d'un proche au chevet de l'aidé ou garde malade

En cas d'hospitalisation* supérieure à 10 jours, l'aidant* peut bénéficier de la prise en charge de l'une des prestations ci-dessous :

- soit la venue d'un proche, résidant dans la même zone* de résidence de l'aidant*, en mettant à sa disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement***, afin que ce dernier se rende au domicile* du proche* parent aidé. **Les frais de la chambre d'hôtel, en dehors de tous autres frais, sont remboursés à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit, dans la limite de 200 euros TTC par évènement*** ;
- soit une garde malade dans la limite de 10 heures par évènement*, réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le retour au domicile*.

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

6.23 Assistance en cas de voyage et de déplacement en France ou à l'étranger

Sauf stipulation contraire, les garanties d'assistance voyage et déplacement s'appliquent en cas d'accident*, de maladie* ou de décès du bénéficiaire* survenu lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel à plus de 50 kilomètres du domicile*, et

pour tout séjour d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs dans un même pays, s'il s'agit d'un déplacement à l'étranger*.

6.23.1 Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé

Afin de permettre aux professionnels* de santé du délégataire* de gestion des prestations d'assistance de prendre leur décision, ces derniers se réservent la possibilité de demander au bénéficiaire* de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement* qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être envoyées à l'adresse qui lui sera indiquée lors de l'ouverture de son dossier.

À la suite d'une blessure*, d'une maladie*, en France* ou à l'étranger*, les médecins* du délégataire* de gestion des prestations d'assistance se mettent en relation avec le médecin* local qui a pris en charge le bénéficiaire* à la suite de cet évènement*.

Les informations recueillies auprès du médecin* local, et éventuellement auprès du médecin* traitant habituel du bénéficiaire*, permettent au délégataire* de gestion des prestations d'assistance, après décision de ses médecins*, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit le retour du bénéficiaire* à son domicile* ;
- soit son transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de son domicile*, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train 1^{re} classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire, ainsi que les frais de liaison.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de ses médecins*, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance peut déclencher et organiser, dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche du domicile* du bénéficiaire*. Seule la situation médicale du bénéficiaire* et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation* éventuel.

Important

Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort aux médecins* du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, et ce, afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où le bénéficiaire* refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins* du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, son refus décharge le délégataire* de gestion des prestations d'assistance de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

Frais de secours sur piste

En cas d'accident* lié à la pratique du ski alpin ou de fond dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, les **frais de secours sur piste sont pris en charge à concurrence de 155 euros TTC maximum par évènement***. Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

La prestation ne comprend pas l'organisation ni la réalisation des recherches et des secours.

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

6.23.2 Immobilisation* à l'hôtel

Lorsque des soins ont été dispensés au bénéficiaire* et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile* par les médecins* du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, et que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation*, l'hébergement du bénéficiaire* est organisé et pris en charge pour **7 nuits maximum par évènement***, **petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit.**

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

Pour permettre d'accompagner le bénéficiaire* rapatrié ou transporté, **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement***, **sont mis à la disposition d'un accompagnant voyageant avec le bénéficiaire*.**

6.23.4 Rapatriement des membres de la famille

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du bénéficiaire*, malade, blessé ou décédé, aura été décidé, son conjoint* ainsi que ses descendants directs au premier degré voyageant avec lui, seront également rapatriés, **s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus. Un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement***, **sont mis à leur disposition.**

6.23.5 Retour en cas de décès d'un proche parent

Si le bénéficiaire* doit interrompre son déplacement afin d'assister aux obsèques en France*, de son conjoint*, d'un ascendant ou descendant au premier degré, d'un frère ou d'une sœur, **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement***, **sont mis à sa disposition, du lieu de séjour à celui de l'inhumation.**

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres béné-

ciaires* voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement***, **sont mis à sa disposition**, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

6.23.6 Retour en cas d'accident d'un proche parent

En cas d'accident* du conjoint*, des ascendants ou descendants au premier degré du bénéficiaire* ayant entraîné une hospitalisation* et après contact avec le médecin* traitant le patient, **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement***, **sont mis à sa disposition afin qu'il rentre en France*.**

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires* voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement***, **sont mis à sa disposition**, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

6.23.7 Présence auprès du bénéficiaire

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

L'hébergement du proche est organisé et pris en charge pour 10 nuits maximum, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit, dans la limite de 700 euros TTC par évènement*.

6.23.8 Rapatriement du corps

Le rapatriement du corps du bénéficiaire* décédé est organisé et pris en charge jusqu'à l'établissement du prestataire funéraire du lieu d'inhumation (ou de crémation) situé dans le pays d'inhumation.

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance s'occupe de toutes les formalités à accomplir sur place, et prend en charge les frais (de manutention, de mise en bière, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de formalités) accessoires au transport du corps, ainsi que le coût d'un cercueil de modèle simple, **à concurrence de 800 euros TTC maximum** indispensable à ce transport, **à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation.**

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, sous réserve du choix éventuellement exprimé par le bénéficiaire* avant le décès.

Un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement*, sont mis à la disposition d'un membre de la famille du bénéficiaire* décédé, pour assister aux obsèques du bénéficiaire*.

De plus, sur justificatifs originaux, son hébergement sur place **peut être remboursé à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit, dans limite de 700 euros TTC par évènement*.**

6.23.9 Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans

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

En outre, le retour au domicile* de ses enfants et de la personne accompagnante, sont organisés et pris en charge, en mettant à leur disposition **un titre* de transport et le mode de liaison* si nécessaire, par évènement*.**

6.23.10 Rapatriement des animaux de compagnie

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

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

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

Un titre* de transport est mis à disposition à cet effet.

Les frais de cage restent à la charge du bénéficiaire*.

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

6.23.11 Impossibilité de conduire

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

6.23.12 Avance des frais médicaux à l'étranger*

Si le bénéficiaire* est hospitalisé lors d'un déplacement à l'étranger*, à la suite d'une maladie* ou d'un accident*, à la demande de ce dernier, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance procède à l'avance des frais d'hospitalisation* (frais d'hébergement à l'hôpital, frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques).

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

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- la signature d'un formulaire de reconnaissance de dettes fourni lors de sa demande, accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- pour des soins prescrits en accord avec les médecins* du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, tant que ces derniers jugent le bénéficiaire* intransportable après recueil des informations auprès du médecin local ;
- **Aucune avance n'est accordée à compter du jour où le délégataire* de gestion des prestations d'assistance est en mesure d'effectuer le transport, même si le bénéficiaire* décide de rester sur place.**

Dans tous les cas, le bénéficiaire* s'engage à rembourser, à SwissLife Prévoyance et Santé, cette avance dans les conditions prévues à l'article 4.5 « Conditions d'avance de frais », et au plus tard 30 jours après réception de notre facture.

Pour être lui-même remboursé, le bénéficiaire* doit ensuite effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ses frais médicaux auprès des organismes concernés. Cette obligation s'applique même si le bénéficiaire* a engagé les procédures de remboursement prévues dans la prestation « Remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation* à l'étranger* ».

6.23.13 Remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation* à l'étranger*

Attention : la carte européenne d'assurance maladie* permet la prise en charge des dépenses de soins de santé imprévus et médicalement nécessaires (prestations en nature) lors d'un séjour temporaire dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège. Cette carte individuelle est délivrée, sur demande de l'assuré* social, par la Caisse primaire d'assurance maladie*. La demande doit être formulée au moins 2 semaines avant le départ. Il est recommandé au bénéficiaire* de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

Cette prestation concerne les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation* engagés à l'étranger*, par le bénéficiaire*, à la suite d'un accident* ou d'une maladie*, revêtant un caractère imprévisible, engagés pendant la durée de validité de la présente notice, et ne s'applique que pour les bénéficiaires* affiliés à la Sécurité sociale et / ou à un organisme de prévoyance ou d'assurance santé.

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

Le bénéficiaire* (ou ses ayants droit) s'engage, à cette fin, à effectuer, au retour dans son pays de domicile* ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à transmettre au délégataire* de gestion des prestations d'assistance les documents suivants :

- décomptes originaux des organismes sociaux et / ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus ;
- photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

À défaut, le bénéficiaire* ne pourra pas prétendre au remboursement.

Ce remboursement complémentaire est limité à 30 000 euros TTC par bénéficiaire* et par évènement*, sous déduction d'une franchise* de 16 euros TTC par dossier appliquée sur le montant du remboursement demandé par le bénéficiaire*. Ce plafond est ramené à 155 euros TTC maximum pour les soins dentaires d'urgence, sous déduction d'une franchise* de 16 euros TTC par dossier, appliquée sur le montant du remboursement demandé par le bénéficiaire*.

Ne donnent pas lieu à prise en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation* :

- consécutifs à un accident* ou une maladie* constaté(e) médicalement et survenu(e) avant l'adhésion au contrat ;
- occasionnés par le traitement d'une maladie* ou blessure déjà connue avant la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat, à moins d'une complication imprévisible ;
- les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres ;
- les frais de soins dentaires supérieurs à 155 euros TTC, sans application de la franchise* absolue de 16 euros TTC ;
- les frais engagés en France* ;
- les frais de cure thermique et de séjour en maison de repos et / ou de convalescence ;
- les frais de rééducation.

6.23.14 Envoi des médicaments introuvables sur place

Dans le cas où le bénéficiaire* en déplacement hors de l'Union européenne, perd ou se fait voler ses médicaments indispensables à la poursuite de son traitement et dont l'interruption lui fait courir, selon avis des médecins* du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, un risque pour sa santé, les médicaments nécessaires prescrits médicalement et introuvables sur place sont recherchés et expédiés au bénéficiaire* par les moyens les plus rapides.

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport partenaires. Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance dégage toute responsabilité pour les pertes, vols des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant. Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et, de façon plus générale, les produits non disponibles en officine de pharmacie en France. Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non-disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

Le coût des médicaments reste dans tous les cas à la charge du bénéficiaire*.

Les médicaments et produits suivants sont exclus : contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques.

6.24 Assistance juridique à l'étranger

6.24.1 Honoraires d'avocat

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le bénéficiaire* de la législation du pays étranger*, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance met un avocat à la disposition du bénéficiaire*, et lui règle directement ses honoraires à concurrence de **800 euros TTC maximum par évènement***.

6.24.2 Caution pénale

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le bénéficiaire* de la législation du pays étranger*, le délégataire* de gestion des prestations d'assistance fait au bénéficiaire*, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de **8 000 euros TTC**.

Cette avance devra être remboursée à SwissLife Prévoyance et Santé, dans les conditions prévues à l'article 4.5 « Conditions d'avance de frais », et dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le bénéficiaire* rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

7. Protection juridique

Cette garantie, conforme à la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989, au décret n° 90-697 du 1^{er} août 1990 et à la loi n° 2007-210 du 19 février 2007, est régie par le Code des assurances. La gestion des prestations de protection juridique, telles que définies ci-après, est confiée au **GIE CIVIS** - 90, avenue de Flandre, 75019 Paris, immatriculé au RCS de Paris, sous le n° 323 267 740.

Dans le cadre des garanties de protection juridique, il faut entendre par bénéficiaire* : l'adhérent*, son conjoint*, leur(s) enfant(s).

Le cas échéant, ses droits sont exercés par son représentant légal.

Lorsque le bénéficiaire* est hors d'état de manifester sa volonté, privé de discernement, en cas de trouble de la conscience notamment, ses droits peuvent être exercés par ses ayants droits, son conjoint*, son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité, voire par la personne de confiance valablement désignée par le bénéficiaire* dans les conditions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Hors l'hypothèse de la demande adressée directement par le bénéficiaire*, la mise en œuvre de la clause est expressément motivée par l'intérêt du bénéficiaire* ; à défaut CIVIS pourra refuser sa garantie.

7.1 Définitions spécifiques aux garanties de protection juridique

Acte médical : consultation, traitement, intervention chirurgicale, soin, y compris prestation de nature hôtelière, délivrance de prescription ou vente de médicaments, dispensé(e) ou effectué(e) :

- par un professionnel* de santé libéral ou salarié, dont le diplôme est régulièrement enregistré auprès de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, ou exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises : médecin*, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, audioprothésiste, pédicure-podologue, opticien-lunetier, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, psychomotricien ;
- par un établissement de santé (hôpital, clinique, centre de rééducation fonctionnelle, centre de cure, maison de retraite médicalisée...), et analyse médicale effectuée par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Action de groupe : action en justice, visée par la loi, menée devant une juridiction civile par une association représentative et agréée, pour le compte d'un groupe de personnes qui sont impliquées dans un litige* similaire et identique, en vue de l'indemnisation de leur préjudice.

Conflit d'intérêts : lorsque CIVIS doit simultanément défendre les intérêts du bénéficiaire* et ceux d'un tiers*.

CRCI : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation, chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents* médicaux, aux affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel*) et aux infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels* de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé.

Déchéance : perte du droit à la garantie.

Dépens : frais de justice entraînés par le procès, ne comprenant pas les honoraires d'avocat.

Frais irrépétibles : sommes exposées par une partie dans une instance judiciaire, non comprises dans les dépens et compensées par une indemnité au titre de l'article 700 du Nouveau Code de procédure civile, ou de l'article 475-1 du Code de procédure pénale, ou de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative.

Infection nosocomiale : infection contractée lors d'un séjour dans un établissement de santé.

Litige (ou sinistre) : situation conflictuelle causée par un événement* préjudiciable opposant le bénéficiaire* à un (des) tiers* ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements* visés à l'article « **Litiges garantis** » ci-après, et conduisant le bénéficiaire* à faire valoir un droit contesté.

Mode alternatif de règlement des différends (MARD) : voie alternative de résolution amiable des litiges* regroupant la conciliation, la médiation et la procédure participative.

ONIAM : l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament, même en l'absence de faute du professionnel*) et des infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale.

Produit de santé : produit utilisé dans le cadre de l'activité de diagnostic, de prévention ou de soins (exemples : médicaments, prothèses, produits sanguins...).

Professionnel* de santé : médecin*, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électroradiologue ou diététicien.

Seuil d'intervention : enjeu financier du litige* en principal en dessous duquel nous n'intervenons pas, et dont le montant est fixé à :

- 200 euros pour une procédure amiable ;
- 500 euros pour une procédure judiciaire.

Tiers : personne physique ou morale non assurée par le présent contrat, et qui est opposée au bénéficiaire*. CIVIS, les partenaires qui interviennent lors de la mise en œuvre des garanties d'assistance de la présente notice et SwissLife Prévoyance et Santé n'ont pas la qualité de tiers.

7.2 Délivrance des prestations de protection juridique

Le bénéficiaire* doit déclarer à CIVIS, au numéro indiqué en début de notice et avant toute initiative, tout sinistre susceptible d'ouvrir droit à garantie, ou tout refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur, **dès qu'il en connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part**. Le bénéficiaire* communique immédiatement et ultérieurement, à la demande de CIVIS ou à la demande de son du gestionnaire de protection juridique, toutes pièces et informations, tous justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

Les frais engagés avant cette déclaration sans l'accord préalable de CIVIS ne seront pas pris en charge, à moins que le bénéficiaire* ne puisse justifier qu'une urgence légitimait leur engagement.

Cette déclaration devra parvenir à CIVIS avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert...), **sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, CIVIS serait fondée à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans accord préalable.**

En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements* ou la situation qui sont à l'origine du litige, ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, le bénéficiaire* encourt une déchéance de garantie.

Le bénéficiaire* transmet à CIVIS (*via* le formulaire reçu à la suite d'un entretien téléphonique avec le juriste de CIVIS, sur giecivis@civis.fr ou par courrier au 90, avenue de Flandre, 75019 Paris) toutes pièces et informations, tous justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

7.3 Litiges garantis

Seuls sont garantis les litiges* dont la survenance est incertaine à la date d'adhésion du bénéficiaire* au contrat.

CIVIS met à disposition du bénéficiaire* les moyens juridiques et financiers qui lui sont nécessaires pour le renseigner, l'assister et le défendre, afin de faire valoir ses droits et les faire exécuter, en cas de litiges* précisés ci-dessous.

Sous réserve des limitations et exclusions prévues par les présentes conditions générales, CIVIS intervient quand un litige* survient dans les domaines suivants :

- litige* opposant le bénéficiaire* à un professionnel* de santé ou un établissement de santé (privé ou public), consécutif à :
 - un accident* médical survenu à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins ;
 - une affection iatrogène ou une infection nosocomiale survenue à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins ;
 - un refus de communication du dossier médical ou une information médicale insuffisante ;
 - une erreur médicale fautive ;
 - un recours à des produits défectueux ;
- litige* opposant le bénéficiaire* à un organisme de sécurité sociale d'assurance maladie*, vieillesse ou prévoyance, relatif à :
 - un refus de remboursement de prestations de santé ;
 - un refus de remboursement de soins médicalement prescrits ou un refus d'entente préalable ;
 - un désaccord sur le calcul de la pension de retraite ;
 - un désaccord lié à l'état ou au taux d'invalidité ou d'incapacité, et à l'appréciation de l'état d'aptitude à l'égard des avantages de vieillesse.

7.4 Garanties de protection juridique

7.4.1 Informations juridiques

En complément de la garantie de protection juridique, CIVIS met à disposition du bénéficiaire* son service d'information juridique en lien avec le litige* garanti.

Ses juristes répondent aux questions d'ordre juridique à caractère documentaire que le bénéficiaire* se pose, du lundi au samedi de 8 h à 20 h, par téléphone au 01 80 52 41 27, et par Internet 24 heures sur 24 sur le site www.civis.fr.

7.4.2 Service protection juridique

7.4.2.1 Gestion amiable du dossier

En cas de survenance d'un litige* garanti et dans les limites prévues à l'article « Montants garantis » ci-après, CIVIS et son gestionnaire interviennent aux côtés du bénéficiaire* afin de faire valoir ses droits et mettre en œuvre, avec son accord, toutes interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable.

Les prestations mises en œuvre au profit du bénéficiaire* prennent notamment la forme :

- d'avis et de conseils sur les moyens juridiques les plus adaptés en vue d'une solution respectueuse de ses intérêts ;
- d'assistance (ou de représentation) du bénéficiaire* dans ses démarches amiables : aide dans la constitution de son dossier, le rassemblement des éléments de preuve, la formulation de sa réclamation, la négociation avec son adversaire.

Concernant spécifiquement les litiges* relatifs à la santé du bénéficiaire*, il sera également en relation avec le médecin-conseil, dont la démarche sera d'optimiser le règlement amiable de ce type de litige*, en relation avec le professionnel* de santé concerné.

Si le bénéficiaire* est informé que le tiers est assisté d'un avocat ou si CIVIS en est lui-même informé, le bénéficiaire* devra également être assisté par un avocat.

Si CIVIS ne parvient pas à une issue amiable, le bénéficiaire* sera guidé soit vers :

- un mode alternatif de règlement des différends (conformément à l'article 750-1 du Code de procédure civile) ;
- une procédure judiciaire, selon la nature et l'enjeu du litige*.

7.4.2.2 Accompagnement en cas de procédure

Si le litige* entre en phase judiciaire, ou en cas de conflit d'intérêts, conformément à l'article L. 127-3 du Code des assurances, CIVIS s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le bénéficiaire* souhaite confier la défense de ses intérêts.

Le bénéficiaire* pourra demander à CIVIS, par écrit, de lui communiquer les coordonnées d'un avocat.

Le bénéficiaire* aura la direction du procès, c'est-à-dire la maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires durant la procédure, avec l'assistance de CIVIS s'il le souhaite.

CIVIS et le gestionnaire s'engagent à traiter le dossier dans le respect des procédures relatives au secret professionnel.

7.4.3 Montants garantis

7.4.3.1 Généralités

CIVIS réglera directement les honoraires et frais des mandataires, à concurrence des montants indiqués ci-après.

Il appartiendra au bénéficiaire*, de son côté, de verser toutes sommes, provisions ou cautions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

Les frais de consultation ou d'actes de procédure que le bénéficiaire* aura engagés sans accord préalable de CIVIS ne seront pas pris en charge, sauf si le bénéficiaire* peut justifier d'une urgence à les avoir demandés.

Dans tous les cas, il sera nécessaire d'obtenir l'accord préalable de CIVIS sur la prise en charge des frais et honoraires liés aux actions ou voies de recours que le bénéficiaire* entendra exercer, afin de lui permettre, au travers de la communication de toutes pièces utiles, d'en examiner le bien-fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction.

À défaut d'un tel accord préalable, CIVIS ne prendra pas en charge ces frais et honoraires.

CIVIS ne prend jamais en charge :

- les amendes et les sommes de toute nature que le bénéficiaire* serait dans l'obligation de régler ou rembourser au(x) tiers* ;
- les frais et dépens engagés par le(s) tiers* et mis à la charge du bénéficiaire* ;
- les honoraires de résultat ;
- les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés du seul fait du bénéficiaire* ;
- les enquêtes pour identifier ou retrouver le(s) tiers* ;
- les frais engagés sans l'accord de CIVIS.

Les montants indiqués ci-après incluent, outre les honoraires et la TVA, les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le tribunal judiciaire).

Ils n'incluent pas les frais d'actes de commissaire de justice ainsi que, le cas échéant, les frais de mandataire devant le tribunal de commerce.

Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est-à-dire lorsqu'un avocat succède, à la demande du bénéficiaire*, à un autre avocat pour la défense de ses intérêts, ou s'il fait le choix de plusieurs avocats.

Dans la limite de 10 000 euros par litige* garanti

Seuil d'intervention :

- 200 euros pour une procédure amiable ;
- 500 euros pour une procédure judiciaire.

7.4.3.2 Plafonds d'indemnisation

L'ensemble de ces règlements ne pourra excéder un montant de 10 000 euros par litige* garanti, quel que soit le stade des démarches (amicales ou contentieuses) ou de la procédure (première instance, appel, cassation, etc.) et le nombre d'adversaires mis en cause par le bénéficiaire* dans le cadre du litige*.

CIVIS intervient dès lors que l'intérêt du litige* opposant le bénéficiaire* au tiers* est supérieur au seuil d'intervention.

- **Procédure amiable** : la prise en charge par CIVIS des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige* garanti est limitée à 765 euros par litige*, et ne peut pas dépasser les plafonds de garantie suivants :

Prestations garanties dans le cadre d'une procédure amiable	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Assistance de l'adhérent* pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire	350 €
Tierce personne	350 €
Consultation d'un expert	350 €
Expertise amiable	500 €
Établissement d'une transaction	500 €
Expertise préalable à la saisine de la CRCI	500 €
Constat d'un commissaire de justice	350 €
Médiation pénale	500 €
Recours amiable auprès de l'organisme de Sécurité sociale	500 €

• Mode alternatif de règlement des différends

Prestations garanties dans le cadre de la mise en place d'un MARD	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Conciliation ordonnée par le juge	Frais et honoraires de l'avocat à hauteur de 300 €
Médiation conventionnelle	Honoraires du médiateur à hauteur de 500 €, à l'exclusion des honoraires d'avocats
Procédure participative par avocat	Frais et honoraires de l'avocat à hauteur de 400 €

- **Procédure contentieuse** : la prise en charge par CIVIS des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige* garanti intervient dans les limites suivantes :

Prestations garanties dans le cadre d'une procédure contentieuse	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Assistance de l'adhérent* pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire	350 €
Tierce personne	350 €
Expertise judiciaire	2 300 €
Établissement d'une transaction	500 €
Constat d'un commissaire de justice	350 €
Requête en injonction de faire ou de payer	500 €
Procédure d'urgence (référé)	600 €
Référé expertise – Référé provision	750 €
Ordonnance du juge de la mise en état	500 €
Tribunal judiciaire	1 000 €
Tribunal administratif	1 000 €
Tribunal de police (avec ou sans constitution de partie civile)	1 000 €
Tribunal correctionnel (avec ou sans constitution de partie civile)	1 000 €
Autres juridictions ou commissions	750 €
Procédure d'appel	1 000 €
Pourvoi en cassation	1 850 €
Pourvoi devant le Conseil d'État	1 700 €
Voies d'exécution d'une décision	600 €

7.5 Clauses spécifiques aux garanties de protection juridique

7.5.1 Territorialité

Sauf stipulation expresse contraire, la garantie de protection juridique s'exerce dans le cadre de tout litige* visé à l'article « **Litiges garantis** » ci-avant et relevant de la compétence territoriale et matérielle des juridictions françaises.

7.5.2 Arbitrage en cas de désaccord

En cas de désaccord entre CIVIS et le bénéficiaire* au sujet des mesures à prendre pour régler le litige*, deux options s'offrent au bénéficiaire* :

- soit le bénéficiaire* désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. CIVIS s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le litige*. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de CIVIS, dans la limite de 750 euros TTC ;
- soit, le bénéficiaire* mène à ses frais les démarches et, s'il obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par CIVIS ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, CIVIS l'indemnise des frais exposés, dans la limite du montant de la garantie.

Toutefois, le président du tribunal judiciaire, statuant lors d'une procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque le bénéficiaire* a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

7.5.3 Paiement des indemnités

Les indemnités obtenues par le bénéficiaire* en réparation du préjudice objet du litige* lui sont directement versées (ou versées à son représentant légal, le cas échéant). S'agissant des sommes allouées au titre des frais et dépens ainsi que des frais irrépétibles, elles seront affectées prioritairement aux frais que le bénéficiaire* aurait personnellement exposés. Au-delà de ces propres frais, CIVIS sera subrogé dans les droits du bénéficiaire* et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par les soins de CIVIS, conformément à l'article L. 127-8 du Code des assurances.

7.5.4 Exclusions

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de CIVIS, les exclusions suivantes :

- les litiges* nés en dehors de la période couverte par le présent contrat ;
- les litiges* dont le fait générateur était connu du bénéficiaire* à la date d'adhésion et qui présentait à cette même date une forte probabilité de survenance ;
- les litiges* survenus en raison de la faute intentionnelle ou de l'acte frauduleux du bénéficiaire* ;
- les litiges* survenus en raison de la complicité du bénéficiaire* à un acte frauduleux ;
- les litiges* non visés au contrat ;
- les éventuelles condamnations au titre des procédures non contentieuses engagées ;
- les litiges* ayant pour origine une atteinte aux biens du bénéficiaire* ;
- les litiges* ayant pour origine une catastrophe naturelle ;
- les litiges* ayant pour origine une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme ;
- les litiges* impliquant la mise en cause de la responsabilité civile professionnelle du bénéficiaire* ;
- les litiges* consécutifs à un accident* de la circulation au sens de la loi du 10 juillet 1985 ;
- les litiges* consécutifs à l'usage par le bénéficiaire* de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- les litiges* ayant trait à l'indemnisation d'un risque sériel tel que l'hépatite C, la transfusion sanguine ;
- les litiges* consécutifs à un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique ;
- les événements* survenus du fait de la participation du bénéficiaire* en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires ;
- les litiges* résultant d'un abus de droit du bénéficiaire* ou les procédures ayant un caractère dilatoire ;
- les amendes et sommes de toute nature que le bénéficiaire* serait condamné à payer à un tiers ;
- les frais irrépétibles et dépens du ou des adversaires qui sont mis à la charge du bénéficiaire* par décision administrative ou judiciaire, ou dans le cadre d'une transaction (ou tout accord amiable équivalent).

8. Exclusions

8.1 Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

Le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

8.1.1 Exclusions générales

Outre les exclusions prévues dans la présente notice d'information d'assistance, sont exclus, dans tous les cas, les demandes de garanties d'assistance ayant pour origine :

- les hospitalisations* liées à une rechute ou une récurrence d'un événement* ayant déjà donné lieu à une prestation d'assistance ;
- les hospitalisations* au sein d'une unité de long séjour et des structures visées à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, ainsi que dans les aériums, préventoriums, sanatoriums ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- l'usage de médicaments, drogues et stupéfiants non ordonnés médicalement ;
- un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R. 234-1, 1^{er} du Code de la route ;
- un conflit armé (guerre étrangère ou civile), une émeute ;
- la participation volontaire du bénéficiaire* à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les accidents* et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire*, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires ;
- les événements* dont l'ampleur rend manifestement la mise en œuvre de la prestation ou garantie impossible.

8.1.2 Exclusions spécifiques à l'assistance voyage et déplacement en France ou à l'étranger

Sont exclus des garanties d'assistance, les demandes ayant pour origine :

- les séjours dans une zone formellement déconseillée par le ministère des Affaires étrangères français (la liste par pays peut être trouvée sur le site du ministère des Affaires étrangères, rubrique « Conseils aux voyageurs ») ;
- les séjours à l'étranger* de plus de 90 jours consécutifs.

8.1.3 Exclusions territoriales

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

- une guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L. 121-8, alinéa 2 du Code des assurances ;
- un séjour dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population, manifestation, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) ou état de belligérance.

Toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au contrat devant être effectuée :

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

sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'adhérent* reconnaît que la réglementation européenne et internationale définissant les interdictions et / ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancière dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d'évoluer à tout moment et ainsi entraîner des modifications du périmètre et / ou de la portée des mesures de restriction et / ou prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

À ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite au délégataire* de gestion des prestations d'assistance de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les listes officielles dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

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

8.1.4 Limitations de responsabilité

Limitations de responsabilité en cas de force majeure et d'événements assimilés
SwissLife Prévoyance et Santé et le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peuvent en aucun cas se substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

SwissLife Prévoyance et Santé et le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ne peuvent être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles ;
- recommandations de l'OMS ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique ;
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité ;
- délais et / ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires au transport du bénéficiaire à l'intérieur ou hors du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays préconisé par les médecins du délégataire* de gestion des prestations d'assistance, pour y être hospitalisé(e) ;
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels SwissLife Prévoyance et Santé et le délégataire* de gestion des prestations d'assistance ont l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et / ou internationale ;
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention) ;
- refus du transporteur de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) opposé à une personne atteinte de certaines pathologies ou à une femme enceinte.

9. Clauses réglementaires

9.1 Subrogation

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

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

9.2 Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de leurs relations avec les assurés, Swiss Life et les partenaires listés ci-dessous en leur qualité de responsables de traitements indépendants sont amenés à collecter des données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

1. SwissLife Prévoyance et Santé, en sa qualité d'assureur et porteur du risque, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel nécessaires à la passation, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance (garanties couvertes par le contrat, mesures à mettre en œuvre pour répondre aux obligations légales, objectifs en matière de lutte contre la fraude, et procède à l'appréciation des risques).

Redion France, en sa qualité de délégataire, détermine quant à lui les bases légales des traitements nécessaires (exemple : relation clients), et intervient dans la détermination des moyens principaux des traitements (données nécessaires, gestion de la conservation...) et en assure la mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre Swiss Life et Redion France, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique reflétant les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement tels que précisés ci-dessus. Les grandes lignes de cette relation sont disponibles en adressant une demande écrite au délégué à la protection des données (voir coordonnées ci-après).

Les objectifs poursuivis par la collecte des données par les responsables conjoints de traitement et les fondements juridiques des traitements des données sont les suivants :

Finalité : passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
- Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés - Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque - Exécution des garanties des contrats - Gestion des contrats et gestion des clients - Exercice des recours - Gestion des réclamations et des contentieux - Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, à l'identification des bénéficiaires de contrats en déshérence...). - Élaboration de statistiques et études actuarielles. - Lutte contre la fraude fiscale ou la fraude à l'assurance. Les dispositifs mis en œuvre peuvent notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Concernant l'assurance automobile, des données contrats et sinistres peuvent également être utilisées dans le cadre du dispositif automatisé mutualisé entre assureurs mis en œuvre par ALFA (Agence de lutte contre la fraude à l'assurance). Les traitements couvrent l'analyse et la détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance, la gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements, la constitution de listes de personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs de fraudes, la gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude, l'exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude. - Mise en place d'actions de prévention, notamment en vue de réduire les risques et les sinistres de notre clientèle. - Conduite d'activités de recherche et développement, notamment en vue de l'amélioration des produits et services aux clients, ou de l'amélioration des process de gestion des contrats d'assurance. - Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service, notamment par la réalisation de programmes de fidélité, jeux concours, enquêtes de satisfaction, ou encore par l'analyse de nos échanges (courriers, e-mails, téléphoniques). - Gestion de clients intra-groupe, de manière notamment à répondre à une prise en compte globale des besoins de notre clientèle en proposant des couvertures d'assurance, de banque ou de services émanant de différentes entités du groupe Swiss Life. - Mise en œuvre de dispositifs de sécurisation des données et des systèmes informatiques ou de communications électroniques, ou de dispositifs de sécurisation des actions et opérations notamment passées en ligne (gestion des accès et authentification multifacteurs, logs et traces de connexion ou des actions / opérations en ligne, détection de comportements inhabituels...).	Exécution du contrat Respect d'obligations légales Intérêt légitime
Finalité : prospection commerciale	Bases légales des traitements
- Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects (sélection des personnes, sondages, test produits ou services, parrainages, jeux concours, opérations techniques tels enrichissement, normalisation...). - Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects dans le respect des réglementations applicables. - Gestion des listes d'opposition à la réception de messages de prospection commerciale. <i>Prospection par e-mail, SMS / MMS à destination d'un particulier non-client</i> : les traitements mis en œuvre ont pour fondement légal le recueil du consentement explicite des prospects. <i>Prospection commerciale à destination des clients, des professionnels, et prospection par voie postale / téléphone</i> : les traitements de données mis en œuvre ont pour fondement légal les intérêts légitimes des responsables de traitement.	Intérêt légitime ou Consentement
Finalité : téléconsultation médicale	Bases légales des traitements
- Gestion des utilisateurs du service de téléconsultation - Délivrance des services de téléconsultation médicale par des professionnels de santé habilités - Gestion des inscriptions / désinscriptions, droits d'accès, connexions et utilisations du site Med&Vous <i>Le service de téléconsultation médicale est régi par l'acceptation de conditions générales d'utilisation dédiées à ce service, par le recueil d'un consentement explicite de chaque utilisateur au traitement de ses données de santé, par une charte de protection des données personnelles spécifique. Les assurés sont invités à se reporter à ces documents pour une présentation détaillée des objectifs poursuivis par la collecte de leurs données et leurs durées de conservation, connaître les destinataires de ces données et les modalités particulières d'exercice de leurs droits. Ces informations sont consultables sur le site Med&Vous. Les données de santé recueillies dans ce cadre sont hébergées auprès d'un hébergeur agréé de données de santé en respect des dispositions du Code de la santé publique.</i> <i>Le service Deuxième Avis est régi par l'acceptation de conditions générales d'utilisation dédiées à ce service. Les données traitées dans ce cadre sont recueillies par un partenaire agissant en qualité de responsable de traitement indépendant et sous sa seule responsabilité. Les conditions d'utilisation sont consultables sur le site deuxiemeavis.fr</i>	Exécution du contrat

Durées de conservation des données personnelles

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute notre relation, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées. En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

S'agissant des services de téléconsultation médicale, voir les documents dédiés à ce service sur le site Med&Vous (les données recueillies dans ce cadre pourront être conservées pour une durée maximum de 20 ans).

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services de l'assureur ou à d'autres entités du groupe Swiss Life dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle ;
- aux services habilités de Redion France pour la mise en œuvre des prestations d'assistance et leur gestion ;
- à nos réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (exemple : assureur du tiers victime) ;
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées par Swiss Life en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), Swiss Life prendra toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de clauses contractuelles types émises par la Commission européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

Si vous êtes bénéficiaire d'un contrat d'assurance souscrit auprès de Swiss Life par l'intermédiaire de l'AGIS (Association générale interprofessionnelle de solidarité) dont vous êtes adhérent, l'AGIS, en sa qualité de responsable de traitement, pourra utiliser vos données pour gérer votre adhésion à l'association, pour vous adresser des communications institutionnelles ou contractuelles, ainsi que vos convocations et tous documents nécessaires à la gestion des instances statutairement prévues par courrier postal ou par voie de communication électronique (e-mail, SMS / MMS). Ces traitements sont mis en œuvre pour le respect des obligations statutaires ou réglementaires, et Swiss Life pourra être destinataire de certaines données dans le cadre de ses missions nécessaires à la gestion et l'exécution des contrats d'assurance (selon les finalités et fondements légaux listés ci-dessus).

Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- **droit d'accès** : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données ;
- **droit de rectification** : si vous estimez que vos données personnelles sont inexacts ou incomplètes, vous pouvez demander à ce que ces données soient modifiées en conséquence ;
- **droit d'opposition** au traitement des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale ;
- **droit à la limitation** des données à caractère personnel ;
- **droit à l'effacement des données** : vous pouvez demander l'effacement de vos données personnelles sous réserve de l'application de votre contrat ;
- **droit à la portabilité** d'une partie de vos données : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, transférées à un tiers ;
- **droit de retirer à tout moment votre consentement** si une autorisation spéciale et expresse a été donnée pour l'utilisation de certaines de ces données ;
- **droit de définir des directives** relatives au sort des données à caractère personnel après son décès ;
- **prise de décision automatisée et intelligence artificielle** : si vos données à caractère personnel sont utilisées dans le cadre d'une prise de décision automatisée, les infor-

mations utiles à la compréhension de l'algorithme employé, à sa logique sous-jacente et les conséquences d'une telle prise de décision vous seront communiquées. Vous aurez également la possibilité de contacter nos services afin d'apporter toute précision utile et le cas échéant de contester la décision.

Pour exercer vos droits ou toutes questions sur l'utilisation de vos données personnelles, contactez notre délégué à la protection des données : DPO Swiss Life – 1, rue Bellini, 92800 Puteaux, ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr.

Vous pouvez également, en cas de réclamation, choisir de saisir la CNIL (<https://www.cnil.fr/>). Nous vous encourageons à contacter le délégué à la protection des données pour toute problématique relative à vos données personnelles.

En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez adresser votre demande à : Médecin-conseil – Swiss Life – 1, rue Bellini, 92800 Puteaux.

Dans votre espace personnel en ligne, vous pouvez également gérer vos préférences en matière de prospection commerciale, actualiser certaines données et accéder aux éléments relatifs à vos contrats.

Concernant la prospection commerciale, vous pouvez également vous opposer à la réception des messages à partir du lien de désabonnement prévu dans nos e-mails.

Concernant la lutte contre la fraude à l'assurance, les personnes sont également informées qu'ALFA (Agence de lutte contre la fraude à l'assurance) met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance automobile et des sinistres déclarés auprès des assureurs. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA – 1, rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

Concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, conformément au Code monétaire et financier.

Intelligence artificielle : un usage des données responsable et éthique

Dans le cadre de ses activités, le groupe Swiss Life peut être amené à recourir à des systèmes d'intelligence artificielle (SIA). Ces SIA peuvent concerner toutes personnes parties, intéressées ou intervenant aux contrats d'assurances (exemples : prospects ou clients, ayants-droit, bénéficiaires, réparateurs, professionnels de santé, autres tiers...). Les données utilisées peuvent être tout ou partie des données listées à la rubrique « Quelles données sont utilisées ? » de la présente notice, complétées, dans certains cas, de jeux de données provenant de sources publiquement et librement accessibles, dans les limites prévues par la réglementation (exemples : sites institutionnels, forums, réseaux sociaux professionnels, pages internet ouvertes, plateforme de partage de contenus, pages de commentaires concernant Swiss Life...), ou de données transmises par nos partenaires ou fournisseurs de données ayant préalablement informés les personnes sur la réutilisation de leurs données par des tiers, et dans les limites prévues par les textes.

Les systèmes d'intelligence artificielle mis en œuvre par le groupe Swiss Life France, répondent aux finalités et fondements légaux visés à la rubrique « Pourquoi collectons-nous des données personnelles ? », à savoir la « passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance » (cf. 1, en cela compris à des fins de lutte contre les fraudes, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, pour l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance des risques ou encore à des fins d'amélioration de la qualité de service aux personnes), la « prospection commerciale » (cf. 2). Aucun usage de vos données n'est réalisé pour des finalités ultérieures incompatibles avec les finalités initiales de collecte de vos données précisées ci-dessus (étant précisé que sont considérés comme usages compatibles l'utilisation des données personnelles à des fins de développement, d'apprentissage ou d'amélioration de modèles d'IA).

Pour garantir à tous la confiance attendue en cas d'utilisation d'algorithmes et de systèmes d'intelligence artificielle, et conformément au règlement européen 2024/1689 du 13 juin 2024 sur l'intelligence artificielle (dit « RIA » ou « AI Act »), le groupe Swiss Life prend toutes les mesures nécessaires pour répondre aux exigences dudit règlement, pour évaluer les risques et limiter les impacts de l'utilisation de l'intelligence artificielle sur vos données, et veiller au respect des libertés et droits fondamentaux et principes éthiques (notamment respect de la vie privée et familiale, non-discrimination, diversité, protection de vos données personnelles).

Ainsi, une gouvernance dédiée à l'intelligence artificielle est mise en place, des analyses de risques sont réalisées pour chaque cas d'usage, et des mesures techniques, organisationnelles ou juridiques sont prises en fonction de la nature des données utilisées et des impacts induits par chaque cas d'usage de l'intelligence artificielle. Tous nos collaborateurs sont régulièrement sensibilisés et responsabilisés quant à l'utilisation de l'intelligence artificielle, et tout recours à des outils d'intelligence artificielle grand public ou non sécurisés est pros crit. De plus, toute prise de décision ou tout contenu généré à partir d'un système d'intelligence artificielle fait l'objet d'une analyse humaine obligatoire et systématique avant utilisation.

Vos droits sur les données personnelles utilisées dans la mise en œuvre de SIA s'exercent dans les conditions précisées à la rubrique « Vos droits » ci-dessus.

La présente information générale concernant la mise en œuvre de systèmes d'intelligence artificielle par le groupe Swiss Life France pourra être complétée d'une information spécifique et individuelle, conformément aux exigences du règlement dit « IA Act » (exemple : en cas d'interaction avec un SIA facilitant la recherche d'informations ou l'orientation de vos demandes en ligne). Par ailleurs, une mention spécifique informe également de tout contenu (textes, images, vidéos...) généré à l'aide d'un système d'intelligence artificielle.

2. SwissLife Prévoyance et Santé, en sa qualité d'assureur et porteur des risques protection juridique, et **CIVIS** en sa qualité de délégataire de gestion mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel nécessaires à l'exécution des garan-

ties de protection juridique. Ces parties agissent en tant que **responsables conjoints de traitement**, nécessaires à :

<i>Finalité : passation, gestion, exécution des contrats d'assurance</i>	<i>Bases légales des traitements</i>
• Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque • Exécution des garanties des contrats (notamment conseil et information juridique, gestion des sinistres) • Gestion des contrats et gestion des clients • Exercice des recours • Gestion des réclamations et des contentieux	Exécution du contrat
• Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc., ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme)	Respect d'obligations légales
• Élaboration de statistiques et études actuarielles • Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur • Gestion du client intra-groupe • Conduite d'activités de recherche et développement • Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service	Intérêt légitime
<i>Finalité : lutte contre la fraude à l'assurance</i>	<i>Bases légales des traitements</i>
• Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance • Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements • Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude • Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude • Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude	Intérêt légitime
Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.	

Droits sur vos données traitées pour les garanties de protection juridique

Vous disposez de droits sur les données traitées pour la mise en œuvre des garanties de protection juridique (droit d'accès aux données, de suppression, d'opposition, de limitation, de portabilité) que vous pouvez exercer auprès de :

- données relatives à la gestion des contrats d'assurances : DPO Swiss Life – Direction gouvernance et qualité de la donnée – 1, rue Bellini, 92800 Puteaux, ou par e-mail à dpowisslife@swisslife.fr ;
- données liées à l'exécution des garanties protection juridique : vieprivee@civis.fr ;
- vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : <https://www.cnil.fr>

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services habilités de CIVIS pour la mise en œuvre des garanties de protection juridique ;
- aux services de l'assureur ou à d'autres entités du groupe Swiss Life dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle ;
- à nos réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (exemple : assureur du tiers victime) ;
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de clauses contractuelles types émises par la Commission européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits seront prises par Swiss Life ou CIVIS.

3. Redion France, en sa qualité de délégataire* de gestion des prestations d'assistance, met en œuvre les traitements en tant que **responsable de traitement indépendant** pour les finalités suivantes :

- **Finalités nécessaires à l'exécution du contrat :**
 - gestion des prestations d'assistance (rapatriement, assistance à domicile, accompagnement paramédical ou accompagnement juridique) ;
 - évaluation de la satisfaction des assurés bénéficiaires des prestations d'assistance.
- **Finalités dans l'intérêt légitime de Redion France :**

- gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de Redion France ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels ;
- organiser, traiter les réclamations et les contentieux qui ne relèvent pas de la responsabilité de Swiss Life, pour assurer la défense de ses droits ;
- mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance.

• **Finalités nécessaires pour le respect d'obligations légales :**

- mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion ;
- Les données personnelles collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance de l'assuré sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, l'assuré est informé que ses données personnelles sont destinées à Redion France, responsable de traitement, ainsi qu'à ses sous-traitants, et mandataires, ainsi qu'aux prestataires missionnés pour l'exécution de services d'assistance au profit de l'assuré (selon les cas, ambulanciers, aides ménagères, compagnies aériennes, hôtels, taxis, etc.).

Certaines données personnelles de l'assuré peuvent également être communiquées à SwissLife Prévoyance et Santé, responsable de traitement pour les finalités précisées au paragraphe 1 ci-dessus.

Ses données personnelles peuvent en outre être transmises à toutes personnes habilitées au titre de tiers autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne).

Elles peuvent être transmises s'il y a lieu à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Les données personnelles de l'assuré pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées, passé le délai de cinq (5) ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Redion France peut

être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données personnelles de l'assuré sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie :

- 6 mois pour les enregistrements téléphoniques selon les conditions précisées ci-dessus ;
- toute la durée nécessaire à la gestion du dossier d'assistance ;
- 3 mois pour le suivi de qualité de gestion et les enquêtes de satisfaction menées, augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription (10 ans pour les traitements en lien avec le médical, 5 ans pour les autres traitements).

L'assuré est informé et accepte que les données à caractère personnel le concernant soient communiquées à des destinataires, situés :

- dans des pays tiers non-membres de l'UE disposant d'une protection équivalente par décision d'adéquation de la Commission européenne ;
- ou dans des pays tiers non membres de l'UE et qui ne sont pas reconnus comme offrant un niveau de protection adéquat par la Commission européenne avec lesquels Redion France a conclu une convention de flux transfrontaliers établie avec ces destinataires conformément aux clauses contractuelles types émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur, afin d'encadrer ces transferts.

L'assuré peut demander une copie de ces garanties appropriées encadrant les transferts de données à l'une ou l'autre des adresses indiquées ci-dessous. L'assuré est également informé et accepte que ces flux aient pour finalité la gestion des demandes d'assistance. Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données relatives à l'identité (notamment nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment situation familiale, nombre des enfants) ;
- données de localisation ;
- le cas échéant, données de santé, y compris le numéro de Sécurité sociale (NIR), et sur consentement de la personne concernée.

L'adhérent s'engage à porter à la connaissance des autres assurés la présente notice d'information afin qu'ils soient informés de l'utilisation de leurs données personnelles et de leurs droits définis ci-dessous.

L'assuré, en sa qualité de personne concernée par le traitement, est informé qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Il dispose en outre d'un droit d'opposition. L'assuré a le droit de retirer son consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, il dispose d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données *post-mortem*.

Pour l'exercice des droits de l'assuré concernant les prestations d'assistance, cet exercice s'effectue auprès du délégué à la protection des données de Redion France, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique : protectiondesdonnees@redion.com ;
- soit par voie postale : Redion France – À l'attention du délégué à la protection des données – 23, avenue des Fruitières – CS 20021 – 93212 Saint-Denis Cedex – France.

Enfin, l'assuré est informé qu'il a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 – France. L'assuré peut saisir la CNIL *via* son outil de plainte en ligne : <https://www.cnil.fr/plaintes> – Tél. : 00 33 1 53 73 22 22.

9.3 Responsabilité

SwissLife Prévoyance et Santé est responsable vis-à-vis du bénéficiaire*, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. À ce titre, SwissLife Prévoyance et Santé sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du bénéficiaire*, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de SwissLife Prévoyance et Santé et un préjudice du bénéficiaire*.

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

SwissLife Prévoyance et Santé et le délégataire* de gestion des prestations d'assistance s'engagent à mobiliser tous les moyens d'action dont ils disposent pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. À ce titre, SwissLife Prévoyance et Santé et le délégataire* de gestion des prestations d'assistance sont tenus d'une obligation de moyens dans l'organisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux bénéficiaires*, de prouver la défaillance de SwissLife Prévoyance et Santé et du délégataire* de gestion des prestations d'assistance.

9.4 Autorité de contrôle

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

9.5 Réclamations

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

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice ;
- par courrier à l'adresse suivante : Redion France – Service qualité – réclamations – 23, avenue des Fruitières – CS 20021 – 93212 Saint-Denis Cedex.
- par e-mail à service.qualite@redion.com.

Le délégataire de gestion des prestations d'assistance adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au bénéficiaire* dans ce délai.

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

En tout état de cause, le bénéficiaire* peut saisir gratuitement le médiateur de l'assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ;
- sur le site Internet www.mediation-assurance.org.

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

9.6 Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant de la présente notice sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré* en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, et par l'assuré* à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Causes ordinaires d'interruption de la prescription

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

Causes de report et de suspension de la prescription

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

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

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

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

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legiFrance.gouv.fr>).

Saisine du médiateur

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

9.7 Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

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

*Nous permettons à chacun
de vivre selon ses propres choix.*

*SwissLife Prévoyance et Santé
Siège social : 1, rue Bellini
92800 Puteaux
SA au capital social de 150 000 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances
322 215 021 RCS Nanterre
www.swisslife.fr*

*Redion France
Société par actions simplifiée au capital
de 5 316 384 euros, ayant son siège social
11-17, avenue François Mitterrand,
93210 Saint-Denis, immatriculée
au Registre du commerce et des sociétés
de Bobigny sous le numéro 403 147 903
RCS Bobigny, immatriculée en qualité
de courtier d'assurance ou de réassurance
auprès de l'ORIAS sous le numéro
07029463, représentée par Nicolas Sinz,
président, dûment habilité à cet effet.*

*GIE CIVIS
90 avenue de Flandre, 75019 Paris
Immatriculé au RCS de Paris,
sous le n° 323 267 740*