



L'assurance santé digitale
et engagée

Livret de l'assuré KOVERS TRIBU



Chers assurés et bénéficiaires,

Nous vous remercions d'avoir choisi KOVERS TRIBU.

KOVERS TRIBU est une assurance santé complémentaire qui [innove pour l'accès à la santé et au bien-être](#).

Grâce à ses [outils digitaux et à ses conseillers basés en Bourgogne](#), KOVERS TRIBU défend vos intérêts avec des garanties généreuses et des services à valeur ajoutée.

L'application Kovers e-Santé vous permet [d'accéder à un bouquet de services pour vous « faciliter la santé »](#) :

- Notre partenaire Filassistance vous permet d'avoir [un médecin en ligne 24h/24 et 7 jours/7](#) et si besoin d'organiser une consultation médicale où que vous soyez.
- Le service [deuxiemeavis.fr](#) vous permet d'accéder à des [médecins spécialistes de votre pathologie](#), pour vous aider à prendre une décision éclairée en cas de problème de santé.

Nous sommes totalement engagés dans l'utilisation des [innovations](#) en assurance et en santé pour vous donner accès aux [meilleurs services de prévention et d'accès à la santé](#).

Avec une [tarification simplifiée, sans augmentation avec l'âge, sans coût caché](#) ni dépenses injustifiées, KOVERS TRIBU est l'assurance complémentaire santé de référence pour les familles, les actifs indépendants, les étudiants et les retraités.

KOVERS TRIBU aujourd'hui, [c'est une communauté](#) qui ne cesse de grandir... C'est aussi une équipe de conseillers, présente pour vous accompagner au quotidien.

Nous sommes heureux de vous communiquer votre livret de l'assuré, édition 2024. Ce livret est destiné à répondre à toutes vos questions, comme celles sur votre couverture assurance santé, votre accompagnement, la e-santé, le fonctionnement et le cadre légal.

Avec KOVERS TRIBU, vous bénéficiez des services suivants :

- Espace intranet pour vos accès aux décomptes
- Une carte de tiers payant dématérialisée
- Un accès illimité à l'application Kovers e-Santé

En tant qu'assuré, vous avez accès à un espace assuré pour gérer vos données personnelles, suivre vos remboursements et cotisations ou encore faire des demandes de devis et bien d'autres services dans le respect du secret médical.

Vous souhaitez	Contactez	Au
Une prise en charge pour hospitalisation	Le service Gestion des Assurés	Tél : 01 76 24 66 33 Courrier : CPMS Unité de Gestion Kovers TSA 80023 51726 REIMS CEDEX Email: gestionkovers@cpms.fr Via votre Espace Personnel
Envoyer une demande de remboursement, de prise en charge ou analyse d'un devis	Le service Gestion des Assurés	Tél : 01 76 24 66 33 Courrier : CPMS Unité de Gestion Kovers TSA 80023 51726 REIMS CEDEX Email: gestionkovers@cpms.fr Via votre Espace Personnel
Pour voir vos remboursements, trouver des informations sur vos garanties, demander une analyse de devis ou une prise en charge, etc...	Espace Personnel Assurés	Site www.cpms.fr/connexion-particulier Application mycpms
Bénéficier de vos garanties d'assistance	FILASSISTANCE INTERNATIONAL	Tel : 09 77 40 48 76 Disponible 7 jours sur 7 24h/24h contrat référence FIC22SAN0009
Des informations sur votre contrat, changer de formule, modifier ou résilier votre contrat, ...	Service Souscription	Tél : 01 86 47 68 21 Courrier : KOVERS ADLP ASSURANCES Immeuble Burovert ZA Les Hâtes du Vernoy. 89130 TOUCY Email : tribu@kovers.fr

Avantages page 5

Ayant-droit page 6

Comment ça marche ? page 7

Modification du contrat page 10

Actes de prévention page 11



Une complémentaire santé lisible

Des prestations évolutives pour un prix maîtrisé et une gestion simplifiée.



Médecines douces et non remboursées

Une couverture étendue aux nouvelles formes de médecine, dans la limite du forfait annuel.



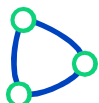
Des informations utiles pour prendre soin de votre santé

Actualités, conseils en prévention, tests santé, coaching,... Nos services vous permettent de vous informer et de prendre soin de votre santé.



Les services d'assistance

Vous pouvez bénéficier de nombreuses garanties d'assistance (aide ménagère, école en continu, garde animaux,...) pour vous soutenir pendant et après une hospitalisation, une maladie, un accident...



Association d'assurés Avocôtés

Pour vous représenter et défendre vos intérêts dans la vie du contrat.



E-santé connectée

Service exclusif, prise en charge des objets de santé connectée prescrits par votre professionnel de santé (pour la prévention, le diagnostic ou le suivi et le traitement d'une pathologie)



Médecine à distance

Le service exclusif Kovers e-Santé vous permet d'accéder à un médecin 24h/24 et 7j/7 dans le monde entier depuis l'application Kovers-E-Santé et par téléphone au +33 1 70 36 07 24. (Numéro de convention à communiquer: FIC22SAN0013).



Actif

Personne, âgée de moins de 86 ans à la date de prise d'effet des garanties, n'ayant pas liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires, et toute personne en cumul emploi-retraite. Une personne porteuse d'un mandat électif local et bénéficiant d'une indemnisation à ce titre est considérée en situation de cumul emploi – retraite.

Etudiant

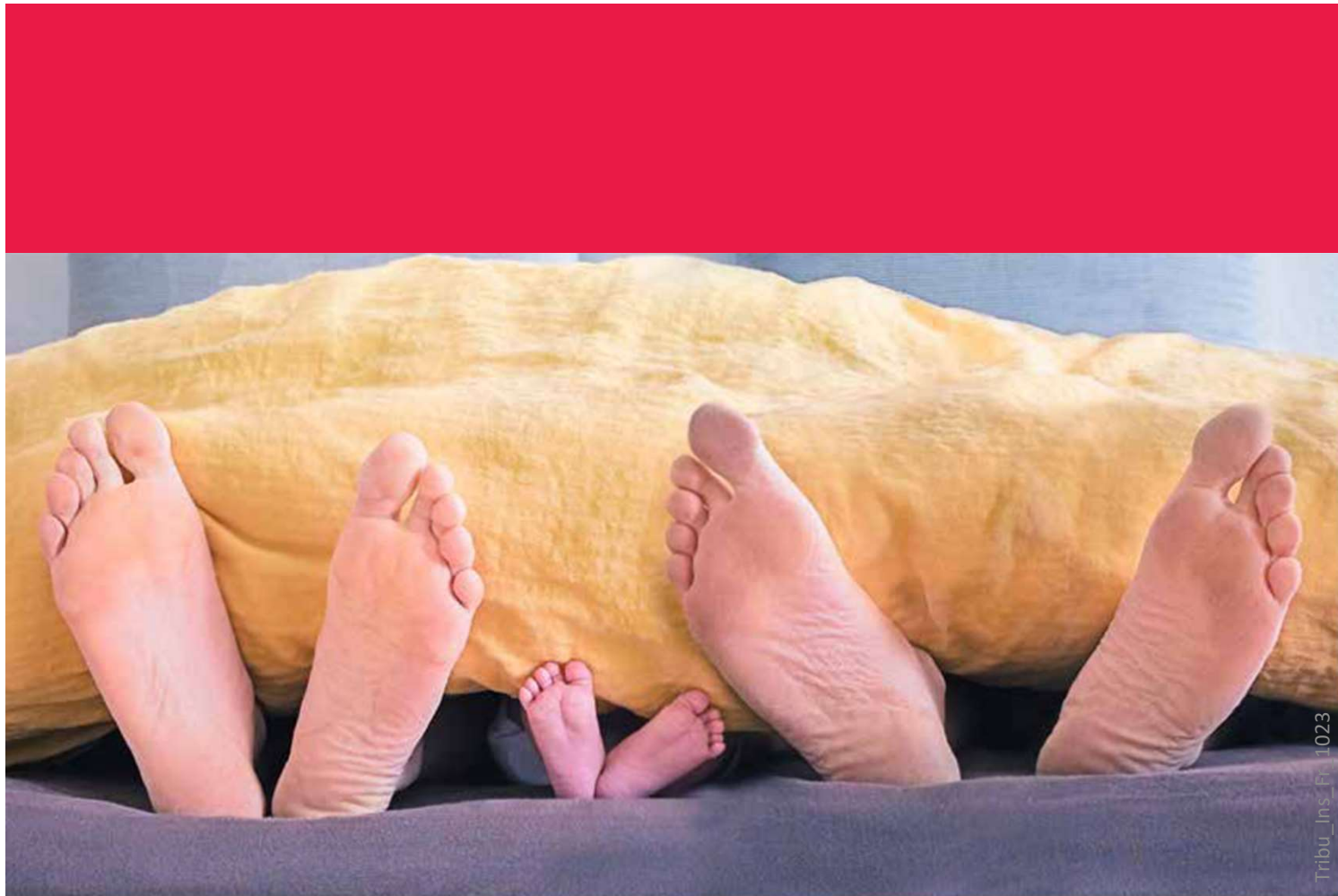
Jusqu'à 26 ans, y compris les étudiants en alternance, en apprentissage et doctorants. Ces derniers peuvent bénéficier de la dispense à l'affiliation au contrat obligatoire de leur employeur. Ils ont donc le droit de choisir leur complémentaire santé.

Retraité

Personne, âgée de moins de 86 ans à la date de prise d'effet des garanties, ayant liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires et ne bénéficiant pas du cumul emploi – retraite.

Enfant

Enfant de l'assuré, âgé de moins de 26 ans et à la charge fiscale de l'assuré. Ayant droit d'un souscripteur actif, y compris enfant étudiant.





Chez le médecin

Si vous avez choisi la télétransmission avec votre régime obligatoire (AMO)

1. Lors de la consultation, vous donnez votre Carte Vitale et payez la consultation.
2. La Sécurité Sociale vous rembourse directement la part obligatoire.
3. Elle transmet les informations au service Gestion.
4. Le service Gestion vous rembourse la part complémentaire selon la formule choisie.

Si vous n'avez pas choisi la télétransmission avec votre régime obligatoire (AMO)

1. Lors de la consultation, vous donnez votre Carte Vitale et payez la consultation.
2. La Sécurité Sociale vous rembourse directement la part obligatoire et vous envoie votre décompte de remboursement.
3. Vous transmettez l'original de ce décompte au service Gestion.
4. Le service Gestion vous rembourse la part complémentaire selon la formule choisie.

Le praticien refuse ou ne prend pas la Carte Vitale (Médecine douce, Médecine hors nomenclature etc.)

1. Vous payez la consultation, et recevez une feuille de soin ou une facture acquittée. Vous transmettez la feuille de soin à la Sécurité Sociale qui vous rembourse la part obligatoire.
2. Vous adressez l'original de la facture acquittée au service Gestion.
3. Le service Gestion vous rembourse selon la formule choisie.

Pour vos demandes de prise en charge ou de devis (hospitalisation, optique etc...)

1. L'établissement hospitalier, le praticien ou vous-même adressez une demande de prise en charge ou de devis auprès du service Gestion.
2. Le service Gestion étudie la demande et vous adresse une réponse.
3. En cas d'accord, le service Gestion vous indiquera les éventuels frais restant à votre charge.
4. Vous transmettez l'original de la facture acquittée des frais restant à votre charge au service Gestion pour obtenir un remboursement selon la formule choisie.



Chez le pharmacien

Le pharmacien accepte le Tiers Payant.

1. Le pharmacien prend votre carte Vitale et votre carte de tiers payant. Il sera remboursé par la Sécurité sociale puis par votre service client. Vous n'avez rien à avancer !

Le pharmacien n'accepte pas le Tiers Payant ou vous avez oublié votre carte de Tiers Payant

1. Vous lui réglez le montant des médicaments qui est à votre charge et remettez votre décompte original au service Gestion qui vous rembourse la part complémentaire.

Pour une meilleure gestion de votre dossier, pensez à mettre à jour votre carte Vitale (par téléphone au 3646 ou sur votre espace en ligne), présentez votre carte Vitale et votre carte de tiers payant KOVERS auprès des professionnels de santé et à la pharmacie.

Pensez également à mettre à jour vos coordonnées bancaires si vous en changez pour pouvoir être remboursé.



Les services e-santé sont intégrés dans la garantie que vous avez souscrite, en illimité : autant de téléconsultations que de besoins, en France ou à l'étranger

Téléconsultation



Accessible depuis l'application Kovers e-Santé et au +33 1 70 36 07 24, 24h/24 et 7j/7 partout dans le monde, vous avez l'accès à un service de téléconseil médical pouvant éventuellement être poursuivi par une téléconsultation médicale (Numéro de convention à communiquer: FIC22SAN0013). La consultation est réalisée dans le respect absolu de la confidentialité de vos données et du secret médical. Le médecin pourra à l'issue de cette consultation établir une prescription médicale ou, transmettre un compte rendu à votre médecin ou vous proposer une orientation médicale.

Santé connectée

Vous avez accès aux dispositifs médicaux de santé connectée pour la prévention, le diagnostic ou le suivi d'une pathologie. Ces dispositifs médicaux peuvent être reliés à votre médecin et ils sont remboursables par votre contrat santé sous conditions.

Votre parcours lors de l'adhésion

Vous bénéficiez d'un bilan conseil. Vous adhérez par la signature électronique de la demande d'adhésion.

Vous recevrez sous 8 jours une lettre de bienvenue accompagnée d'un certificat d'adhésion, qui confirmera votre souscription et sa date d'effet.

Votre identifiant vous sera envoyé par e-mail avec un lien vous permettant de créer votre mot de passe afin de vous connecter à l'application Kovers e-Santé.

Votre carte Tiers Payant vous sera envoyée au maximum 10 jours avant la prise d'effet de votre contrat.

Nous activons la télétransmission auprès de votre organisme de Sécurité Sociale.

Vous bénéficiez ainsi du système d'avance dit Tiers Payant et de remboursement automatique.

Si vous l'avez accepté, nous avons saisi votre IBAN et ainsi pourrons prélever vos cotisations et procéder aux paiements directement par virement, à défaut vous recevrez un chèque pour chaque décompte.

Vos demandes lors de la vie du contrat

Accès en ligne à votre espace personnel sur www.cpms.fr/connexion-particulier ou l'application [mycpms](#) pour toutes vos démarches utiles : accéder à une information, votre compte, au suivi de vos remboursements, une demande de duplicata, vos échanges avec le service Gestion...

Par téléphone sur une ligne dédiée au

01 76 24 66 33

Pour accéder à votre espace assuré :

www.cpms.fr/connexion-particulier avec vos codes d'accès transmis par CPMS (*retrouvez votre identifiant de connexion sur le courrier accompagnant votre attestation de Tiers-Payant. CPMS vous laisse le soin de créer votre propre mot de passe lors de votre première connexion*)

Comment ça marche ?

La réforme du 100% Santé



Des soins pour tous, 100% pris en charge



Pour qui ?

La réforme 100% santé est accessible à tous ceux qui bénéficient d'un contrat de complémentaire santé responsable, c'est-à-dire qui répond aux normes fixées par les pouvoirs publics, tel que KOVERS.

KOVERS permet à tous de bénéficier de cette réforme qui élargit l'accès aux soins, grâce à de meilleurs remboursements sur certaines prestations de santé.

KOVERS est conforme au 100% Santé !

OPTIQUE



Une large gamme de lunettes de vue esthétiques

Un large choix parmi au minimum 17 modèles de montures adultes en 2 coloris différents, et 10 modèles enfants en 2 coloris différents, ainsi que des verres (amincis, antireflet...) traitant toutes les corrections visuelles.

DENTAIRE



Un large choix de couronnes dentaires et de bridges de qualité

Une gamme étendue de prothèses avec des matériaux dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent.

AUDIOLOGIE



Un large choix d'aides auditives performantes et ergonomiques

Une sélection étendue d'aides auditives (intra-auriculaires, à écouteur déporté ou contours d'oreille) avec au minimum 12 canaux de réglage ou de qualité équivalente et de nombreuses fonctionnalités (anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, anti-Larsen, système Bluetooth...).

« L'offre 100% Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable ».



Vous avez la possibilité, en cours de vie de contrat, de changer de niveau de garanties.

Si vous souhaitez adhérer à un niveau de garanties supérieur :

Contactez-nous pour remplir un nouveau Bulletin d’Affiliation Individuel pour « Modification d’un contrat existant » et indiquer votre choix de formule. Vous pouvez aussi faire la demande par mail (voir contacts en page 3). Vous vous engagez à ce nouveau niveau de garantie pour 12 mois.

Une fois enregistré, votre changement de garanties sera effectif le 1er du mois suivant votre demande.

Si vous souhaitez adhérer à un niveau de garanties inférieur :

Contactez-nous pour remplir un nouveau Bulletin d’Affiliation Individuel pour « Modification d’un contrat existant » et indiquer votre choix de formule. Vous pouvez aussi faire la demande par mail (voir contacts en page 3). Vous vous engagez à ce nouveau niveau de garantie pour 12 mois.

Une fois enregistré, votre changement de garanties sera effectif le 1er du mois suivant votre demande, en tenant compte d’ 1 mois de préavis sous réserve d’un minimum de 12 mois dans la formule précédente.



Changer de situation

Pour assurer la qualité de service, il est important de nous communiquer les informations susceptibles d’entraîner des modifications de votre contrat notamment:

- Changement d’adresse,
- Changement de caisse de Sécurité sociale,
- Changement de domiciliation bancaire,
- Évolution de la situation professionnelle,
- Évolution de la situation personnelle,
- etc...



Sont remboursés, dans les limites et conditions fixées dans les Conditions Générales, les actes de prévention suivants :

- Scellement des sillons et fissures
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale et/ou vocale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale.
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélites : tous âges, Coqueluche avant 14 ans,
 - Hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.



Sommaire

1.	PREAMBULE	15
2.	CADRE JURIDIQUE	15
3.	LEXIQUE	15 - 17
4.	FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	17
	4.1 Adhésion	17 - 18
	4.2 Modalités d'adhésion	18
	4.3 Prise d'effet et durée	19 - 20
	4.4 Cotisations	20 - 21
5.	GARANTIES DU CONTRAT	21
	5.1 Description des garanties	21 - 24
	5.2 Modification en cours d'adhésion	25
	5.3 Exclusions	25
	5.4 Règlement des prestations	25
	5.5 Contrôle et expertise	26
	5.6 Subrogation	26
6.	DISPOSITIONS DIVERSES	26
	6.1 Réclamation – Médiation	26
	6.2 Prescription	26 - 27
	6.3 Protection des données à caractère personnel	27
	6.4 Loi applicable et langue	28

Assurance Complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Insurem Insurance Ltd (C91883), siège social est situé No. 4, St Andrew Street, Valletta VLT 1341 Malta dont l'autorité de contrôle est Malta Financial Services Authority conformément au droit des assurances issu du « the Insurance Business Act (Cap.403) ».

Distributeur : ADLP Assurances courtier immatriculé à l'Orias sous le n° 1400169

Délégataire de Gestion : CPMS 4 rue Auber 75009 Paris immatriculé à l'Orias sous le n° 07 001 007

Nom du Produit : KOVERS TRIBU

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

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

Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables et est éligible au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait Patient Urgences et Actes lourds.
 - ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, matériel médical, analyses et examens de laboratoires, transport remboursé par la Sécurité sociale, matériel médical, transport
 - ✓ **Médicaments** remboursés par la Sécurité sociale,
 - ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% Santé », autres soins, prothèses, orthodontie et inlays-onlay remboursés par la Sécurité sociale,
 - ✓ **Optique** : équipement complet (monture et deux verres) dont équipement « 100% santé », lentilles remboursées ou non, opération des yeux,
 - ✓ **Cure thermale** remboursée par la Sécurité sociale
 - ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé » et « Classe 2 »
- Médecines douces et médecine prescrite non remboursée par l'AMO** : Psychologue, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Reflexologue, Naturopathe. Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale figurant sur la liste ANSM

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière
Frais d'accompagnement

LES SERVICES

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Espace assuré

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- * Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- * Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- * Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- * Les frais de santé non consécutifs à un accident ou une maladie ou une maternité tels que les soins esthétiques, les cures ou thalasso thérapies



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises légales sur les boîtes de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports sanitaires
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement
- ! **Hospitalisation en secteur non conventionné** : prise en charge limitée et réduite à certains frais
- ! **Chambre particulière en secteur conventionné** : non prise en charge en cas de séjour en psychiatrie et soins de suite et couverture limitée à 90 jours par an et par assuré en cas de séjours en médecine chirurgie et maternité.
- ! **Optique** : un équipement tous les 2 ans à compter de la dernière acquisition. Renouvellement anticipé dans les conditions prévues par le dispositif des contrats dits « Responsables et solidaires ». Lentilles : prise en charge plafonnée.
- ! **Orthodontie et prothèses dentaires (hors 100% santé)** : prise en charge plafonnée
- ! **Aides auditives** : forfait renouvelable tous les 4 ans.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions
- ! **Limitation** : Certaines garanties exprimées en % sont remboursées à 100% de la base de remboursement sous déduction du remboursement du régime obligatoire pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties (hors soins courants et accident pour les honoraires médicaux et chirurgicaux et hors garanties du 100% santé).
- ! **Délai d'attente** : Certains des frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité Sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Pour les garanties frais de santé : en France et à l'étranger,
- ✓ Dans le cas où les dépenses médicales ont été effectuées à l'étranger, le remboursement se fait en euros en complément du remboursement de la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer des changements de situation dans les plus brefs délais : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel). Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Dans le cas d'une périodicité mensuelle ou trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion. Il est prévu un délai de renonciation de 14 jours qui court à compter de la date d'émission du certificat d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (date anniversaire) sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée :

- A la date anniversaire au moins deux mois avant cette date ;
- En cas de modification du contrat dans le délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'assureur ;
- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion sans frais ni pénalité.

Coordonnées utiles pour résilier : ADLP Assurances ZA Les Hâtes du Vernoy, Immeuble Burovert, 89130 Toucy ou contact@kovers.fr

Complémentaire Santé

Notice d'information valant conditions générales



1. PREAMBULE

La notice d'information valant conditions générales TRIBU a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°INSADL2023S01 souscrit par l'Association **AvoCotés**, Association régie par la loi du 1er juillet 1901, ayant pour siège social 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil auprès de Insurem Insurance Ltd No. 4, St Andrew Street, Valletta VLT 1341 Malta inscrite au Registre des sociétés maltaises sous le n° C91883, agissant en Libre Prestation de Services.

La distribution du contrat est confiée à ADLP Assurances, SAS au capital de 2 064 484€ dont le siège social se situe 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil, RCS Bobigny n° 799 342 118 - n° ORIAS 14001699 (www.orias.fr), soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

La gestion du contrat est confiée à CPMS, SAS au capital de 4 429 000€ dont le siège social est situé 4 rue Auber 75009 Paris, RCS Paris 414 357 889 - n° ORIAS 07 001 007 (www.orias.fr), soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

2. CADRE JURIDIQUE

Les garanties du contrat TRIBU respectent l'ensemble des conditions pour répondre à la définition de contrat « responsable » et de contrat « solidaire ».

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé ni lors de la souscription, ni en cours de contrat et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Par contrat « responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. A ce titre, le contrat ne prend jamais en charge :

- La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;

En outre, il laisse à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties respectent les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des « Contrats responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires.

3. LEXIQUE

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont l'assuré est victime pendant la période de validité des garanties.

Adhérent : personne physique qui adhère au présent Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°INSADL2023S01. Il est membre, dès son adhésion, de l'Association AVOCOTES

Année d'adhésion : Période d'un an s'écoulant entre la date d'effet du Contrat et la première date anniversaire (date d'effet + 1 an) ou entre chaque date anniversaire.

Assuré : personne physique bénéficiant des garanties du Contrat et inscrite au Certificat d'adhésion.

Assureur : Insurem Insurance Ltd No. 4, St Andrew Street, Valletta VLT 1341 Malta inscrite au Registre des sociétés maltaises sous le n° C91883
Assurance Maladie Obligatoire : L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes Obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé des assurés.

Base de remboursement : l'ensemble des tarifs de base utilisé par l'Assurance Maladie obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- Tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégorie de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils ont adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2).

En consultant un médecin ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO), Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par l'Assurance Maladie obligatoire.

Par ailleurs, les contrats d'assurance santé complémentaires qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) par rapport aux médecins n'ayant pas souscrit l'option pratique tarifaire maîtrisée, y compris les médecins non-conventionnés.

Médecin non conventionné

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Certificat d'adhésion :

Document confirmant l'adhésion au Contrat et précisant notamment le nom de l'Adhérent et des personnes Assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conjoint :

- L'époux (se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) de corps par un jugement définitif ;
- Le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- Le concubin de l'Adhérent.

En cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Contrat : Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°INSADL2023S01 souscrit par l'Association de AVOCOTES auprès de l'Assureur.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties est indiqué au Certificat d'adhésion

Domicile : Lieu de résidence principale de l'Adhérent qu'il occupe effectivement et mentionné au Certificat d'adhésion.

Enfants :

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- Qu'ils aient été reconnus handicapés par la Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDPAH) quel que soit leur âge.

Franchise (Article L322-2 du Code de la Sécurité sociale) :

Montant forfaitaire que la Sécurité sociale ne rembourse pas. Cette Franchise, à la charge de l'Assuré, concerne les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. **La Franchise n'est pas remboursée au titre du contrat.**

Hospitalisation:

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays. Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du Contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D.) prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Maladie:

Altération de la santé constatée par une autorité médicale pendant la période de garantie.

Parcours de soins :

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuropsychiatres.

Participation forfaitaire légale (Article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale) :

Montant forfaitaire que l'Assurance Maladie Obligatoire française ne rembourse pas. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'Assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. Elle n'est pas remboursée au titre du Contrat.

Régime obligatoire :

Il s'agit d'un régime français d'assurance maladie obligatoire auprès duquel est affilié l'Assuré.

Secteur conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et l'Assurance Maladie Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du Secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les Bases de Remboursement. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les Bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le ticket modérateur et le dépassement de la Base de Remboursement l'Assurance Maladie Obligatoire sont à la charge de l'Assuré social.

Secteur non conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et l'Assurance Maladie Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Support durable:

Constitue un support durable, au sens de l'article L.111-9 du code des assurances, tout instrument offrant la possibilité à l'adhérent, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. Par exemple, une lettre signée de manière manuscrite puis scannée et transmise via la messagerie sécurisée internet, s'il en dispose d'une.

Ticket Modérateur:

Différence entre la Base de Remboursement et la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire avant application de la Participation forfaitaire légale ou de la franchise qui n'est pas remboursée au titre du présent Contrat.

4. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

4.1 Adhésion

4.1.1 Conditions d'adhésion

Pour adhérer et être assuré au contrat TRIBU, vous devez :

- Résider en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer (DOM) à l'exclusion de Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin.
- Être âgé de 18 ans à la date de signature
- Être âgé de moins de 86 ans à la date de prise d'effet des garanties
- Relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français

L'adhérent travailleur non salarié peut bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin » sous réserve :

- D'être affilié et à jour du paiement des cotisations auprès de son Régime Obligatoire
- De relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC), des Bénéfices Non Commerciaux (BNC) ou des bénéfices agricoles (BA) ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ou de l'article 154 bis du Code général des impôts.

Il lui appartient de vérifier qu'il peut bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du Code général des Impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur, y compris pour ses bénéficiaires au titre du régime d'assurance maladie et maternité.

Votre Conjoint et/ou Enfants peuvent également être assurés au titre du contrat, sous réserve qu'ils répondent à la définition du lexique. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

4.1.2 Vos déclarations

Votre Contrat est établi d'après vos déclarations ainsi que celles de chaque Assuré lors de votre adhésion. En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation et notamment :

- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- toute modification des éléments renseignés à l'adhésion ;
- la cessation ou le changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire ;
- le changement de domicile ou la fixation du domicile hors de France.

Les déclarations en cours de Contrat doivent être faites par courrier (simple ou recommandé) ou envoi électronique (simple ou recommandé) ou tout Support durable adressé à **ADLP Assurances, ZA Les Hâtes du Vernoy, Immeuble Burovert, 89130 Toucy**, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

Fausse déclaration :

Conformément aux articles L 113-8 et L113-9 du Code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré établie par l'Assureur portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion est sanctionnée par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat, et ce même si elle a été sans influence sur le Sinistre.

Article L113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L 113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

La contribution de chaque assureur est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du Code des assurances, en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

En conséquence, si les Assurés bénéficient de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, ils doivent en informer l'Assureur immédiatement et faire connaître le nom du ou des assureur(s) concerné(s) ainsi que les garanties souscrites. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'adhésion au Contrat.

Si les Assurés ont contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, l'Adhérent s'expose à l'annulation de l'adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L121-3 du Code des assurances.

4.2 Modalités d'adhésion

Pour adhérer au Contrat, vous devez compléter, dater et signer une demande d'adhésion. L'adhésion au Contrat s'effectue selon l'une des modalités suivantes :

4.2.1 Adhésion par voie postale sur support papier

La demande d'adhésion complétée et signée par l'Adhérent doit être adressée à ADLP Assurances, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'adhésion. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au Contrat TRIBU dont vous avez au préalable pris connaissance.

Après acceptation de l'Assureur, vous recevrez par voie postale ou par voie électronique votre Certificat d'adhésion.

4.2.2 Adhésion par voie électronique

Vous adhérez au Contrat TRIBU par voie électronique via le site www.kovers.fr. En nous communiquant votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion vous soient transmises à cette adresse. En cas de changement d'adresse électronique, vous devez en informer ADLP Assurances dans les plus brefs délais.

Tout au long de la procédure d'adhésion, vous êtes informé de manière claire et compréhensive des différentes étapes à suivre pour la conclusion de l'adhésion, ainsi que des caractéristiques essentielles et des cotisations du Contrat.

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous complétez en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation de vos besoins.

En signant électroniquement la demande d'adhésion, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au Contrat TRIBU dont vous avez au préalable pris connaissance de la Notice d'information, et le Document d'Information sur le Produit d'Assurances, et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Le processus de signature électronique, assuré par un prestataire habilité, est entièrement sécurisé et garantit l'authenticité et l'intégrité des informations que vous avez communiquées. La signature électronique est un élément indispensable à la validité de votre adhésion par voie électronique.

Dès que votre dossier est complet, y compris la confirmation de résiliation de votre ancien assureur, le Certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'Assureur et comporte le numéro de votre adhésion est émis. Vous recevez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que vous nous avez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par voie électronique. Ce courriel contient un lien vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de votre Dossier d'adhésion.

Chaque document contractuel mis à votre disposition, via le mail de confirmation qui vous est adressé, peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le disque dur de votre ordinateur. Ces documents sont également archivés sur un support fiable et durable. Un espace personnel est créé pour vous sur www.cpm.fr pour suivre l'ensemble de vos prestations de santé et générer toutes les demandes nécessaires auprès du gestionnaire CPMS.

4.2.3 Adhésion par rendez-vous en face à face

La demande d'adhésion complétée et signée par l'Adhérent doit être remise au conseiller ADLP Assurances lors du rendez-vous, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'adhésion. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au Contrat TRIBU dont vous avez au préalable pris connaissance.

Après acceptation de l'Assureur, vous recevrez par voie postale ou par voie électronique votre Certificat d'adhésion.

4.3 Prise d'effet et durée

4.3.1 Prise d'effet du Contrat

La date de conclusion du Contrat est fixée :

- Pour une adhésion par voie électronique : à la date de signature électronique du Contrat.
- Pour une adhésion par courrier sur support papier : à la date de réception des pièces par l'Assureur.
- Pour une adhésion par rendez-vous en face à face : à la date de signature du Contrat papier

La date de conclusion du contrat est précisée dans le Certificat d'Adhésion.

4.3.2 Prise d'effet des garanties

La date d'effet des garanties est indiquée au Certificat d'adhésion et ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

4.3.3 Ajout d'un assuré

La prise d'effet des garanties pour un nouvel Assuré correspond au plus tôt au jour qui suit la réception de la demande.

L'acceptation d'un nouvel Assuré par l'Assureur est concrétisée par l'émission d'un avenant au Certificat d'adhésion précisant la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré.

4.3.4 Renonciation

Faculté de renonciation en cas d'adhésion à distance

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

a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu,

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

Pour renoncer à son Contrat, l'Adhérent peut utiliser le modèle de lettre suivant :

« Je soussigné demeurant à déclare renoncer à mon contrat « » n°
Fait le Signature

Dans un tel cas, le Contrat n'aura fourni aucune garantie et toute prime versée sera remboursée au plus tard dans les trente (30) jours suivant la renonciation. L'Adhérent ne pourra plus exercer son droit de renonciation si les garanties ont été mises en œuvre.

Exercice du droit de renonciation

L'Adhérent doit adresser la demande de renonciation par lettre recommandée ou lettre recommandée électronique à l'adresse suivante :

ADLP Assurances
ZA Les Hâtes du Vernoy, Immeuble Burovert, 89130 Toucy

4.3.5 Durée de l'adhésion

L'adhésion au Contrat est conclue pour une durée d'un (1) an à compter de la date d'effet des garanties. Elle est ensuite tacitement reconduite à chacune de ses échéances.

L'adhésion est viagère, c'est-à-dire que l'Assureur ne pourra pas résilier l'adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation des garanties ».

4.3.6 Cessation des garanties

Les garanties et le droit aux prestations des Assurés cessent dans les cas suivants :

A l'initiative de l'Adhérent

- A la première échéance anniversaire du Contrat par notification adressée deux (2) mois avant la date d'échéance.
- À tout moment après l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de la première adhésion. La résiliation prend effet un mois après sa notification. Un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation sera adressé à l'adhérent.
- En cas de modification des conditions du Contrat assurance de groupe à adhésion facultative n° INSADL2023S01, l'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours à compter de la date de notification pour résilier son adhésion en raison de ces modifications. Passé ce délai, les modifications apportées seront opposables à l'Adhérent et aux Assurés au jour de leur mise en œuvre.

Dans tous les cas, la résiliation doit être notifiée :

- Par courrier (simple ou recommandé) à l'adresse suivante: ADLP Assurances, ZA Les Hâtes du Vernoy, Immeuble Burovert, 89130 Toucy
- Par mail ou lettre recommandée électronique à: contact@kovers.fr
- ou tout autre Support durable

La résiliation peut également être adressée par tout autre moyen prévu par le Code des assurances.

La résiliation interviendra dans un délai de trente (30) jours suivant la réception de la demande de résiliation de l'Adhérent.

L'Adhérent sera redevable de la part de cotisation correspondante à la période jusqu'à laquelle les garanties sont en vigueur.

Si la résiliation s'effectue dans le cadre d'un changement de Contrat après douze (12) mois d'adhésion, elle doit être notifiée par le nouvel assureur, pour le compte de l'Adhérent, par lettre recommandée ou Lettre recommandée électronique.

À défaut, l'Assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

A l'initiative de l'Assureur

- En cas de non-paiement des paiements conformément au § Non-paiement des cotisations
- En cas de fausse déclaration
- En cas de dénonciation du Contrat d'assurance de groupe par l'Association ou l'Assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé et l'Assureur maintiendra le bénéfice des garanties.
- En cas de déménagement de l'Assuré hors France métropolitaine ou hors d'un département d'Outre-Mer (DOM) et notamment à Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin.

Autre cas de résiliation

- En cas de changement de situation ayant un impact sur le risque ou le tarif (tel qu'un changement de situation professionnelle, de régime de Sécurité Sociale, un déménagement à l'étranger...) conformément à l'article L. 113-16 du code des assurances, la résiliation ne pourra intervenir que dans les trois (3) mois qui suivent l'événement et prendra effet un (1) mois après sa notification,
- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur, à la date de ce retrait,
- En cas de décès de l'Adhérent, à la date du décès.

Chaque Assuré cessera d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus de l'Assurance Maladie Obligatoire française.

4.4 Cotisations

4.4.1 Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

- De la formule de garantie choisie,
- De la composition familiale,
- De la catégorie tarifaire à laquelle appartiennent l'Adhérent et les Assurés (actif - 35 ans, actif + de 35 ans, retraité 1ère ou 2ème année de retraite, retraité - 75 ans, retraité + 75 ans, étudiant, enfant),

- Du régime Obligatoire de chaque assuré,
- Du bénéfice de "l'Avantage Tribu"

4.4.2 Evolution des cotisations

Le montant des cotisations évolue à chaque échéance anniversaire en fonction :

- De la catégorie tarifaire de l'Adhérent et des Assurés,
- Des résultats techniques du Contrat.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par le Régime obligatoire. Tout changement du taux des taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables au Contrat, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable au contrat, entraînera une modification du montant de la cotisation.

Vous disposez d'un délai de trente (30) jours suivant la réception de votre avis d'échéance pour résilier votre adhésion en raison de cette augmentation, dans les conditions définies au paragraphe Cessation des garanties.

La cotisation sera modifiée à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

4.4.3 Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle peut être réglée selon le mode de paiement suivant :

- Prélèvement bancaire mensuel: sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union Européenne.
- Chèque
- Virement bancaire

La première cotisation est prélevée entre le 5 et le 15 du mois suivant la date de conclusion de l'adhésion puis tous les mois aux mêmes dates. Par dérogation à ce qui précède, dans le cas d'une offre promotionnelle de gratuité sur le présent Contrat, la première cotisation est prélevée à l'issue de la période de gratuité qui suit la date de conclusion de l'adhésion, période pendant laquelle la cotisation n'est pas due par l'Adhérent.

4.4.4 Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité, conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances, **le Contrat pourra être suspendu par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent, 30 jours après l'envoi de cette lettre. Le Contrat de l'Adhérent pourra ensuite être résilié, cette résiliation prenant dans ce cas effet 10 jours suivant l'expiration du délai de 30 jours susvisé.** La notification de cette résiliation pourra être faite à l'Adhérent dans la même lettre recommandée que celle précitée, valant première mise en demeure.

La suspension de garantie pour le non-paiement ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer les cotisations dues et celles venant ultérieurement à échéance.

L'Adhérent reste redevable de la part de cotisation jusqu'à la date de résiliation. Cette résiliation met fin aux garanties prévues par le Contrat. Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non-paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis, l'assuré supportera les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du Contrat

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

5. GARANTIES DU CONTRAT

5.1 Description des garanties

En fonction de la formule de garanties choisie, sont couverts tous les actes et frais figurant au tableau de garanties dans les conditions et limites fixées par celui-ci.

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage des bases de remboursement de de l'Assurance Maladie obligatoire, incluant le remboursement de la Sécurité Sociale ;
- soit en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ;
- soit sous forme d'un forfait (en euro) applicable par année d'adhésion et par bénéficiaire ;
- soit avec un engagement de « Zéro Reste à Charge ».

Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes» (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur.

Certains frais non pris en charge par le Régime obligatoire peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat, à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.

Dans tous les cas, la prise en charge se limite aux frais réellement engagés par le Bénéficiaire après intervention le cas échéant du Régime Obligatoire.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, le Bénéficiaire du Contrat peut obtenir des indemnisations de plusieurs organismes assureurs, dans la limite du reste à charge, en s'adressant aux organismes dans l'ordre de son choix.

La contribution de chaque assureur est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du Code des assurances, en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

En conséquence, si les Assurés bénéficient de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, ils doivent en informer le Gestionnaire immédiatement et faire connaître le nom du ou des assureur(s) concerné(s) ainsi que les garanties souscrites. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au Gestionnaire dans les 2 ans suivant la date des soins.

Fausse déclaration en cas de sinistre

L'Adhérent qui fournit intentionnellement de faux renseignements ou use de documents falsifiés ou dénaturés lors d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour ledit règlement et sera tenu de rembourser les prestations indûment perçues.

Sont pris en charge, dans les limites prévues au Tableau de garantie applicable, selon la formule choisie :

5.1.2 Soins Courants

Il s'agit des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Sont pris en charge les honoraires pratiqués pour

- une consultation de généraliste ou spécialiste
 - les actes techniques médicaux, actes de chirurgie, actes de spécialités, frais d'examen et actes d'imagerie médicale.
- y compris en soins externes et à domicile.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à l'OPTAM/OPTAM CO.

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés » sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques :

Le Contrat ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats dits responsables.

- Les frais d'analyses et examens en laboratoires
- Les honoraires des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...
- Psychologues conventionnés remboursés par le Régime Obligatoire : Il s'agit des honoraires de consultations de psychologues conventionnés lorsque ces consultations sont prescrites par le médecin traitant et ont donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire au titre du dispositif « MonPsy ».
- Le matériel médical :
 - Prothèses (hors prothèses auditives), petit et gros appareillage
 - Forfait par année d'adhésion pour l'achat d'un fauteuil roulant ou d'un lit médicalisé prescrit

5.1.3 Hospitalisation

La prise en charge varie en fonction de la nature de l'Hospitalisation.

En secteur Conventionné :

Séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile en Secteur conventionné :

Sont pris en charge :

- les frais de séjours : frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour.
- Forfait journalier hospitalier : participation financière facturée par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation. Le montant de ce forfait est réglementé et facturé pour tout séjour supérieur à vingt-quatre (24) heures dans un établissement public ou privé y compris le jour de sortie.
- Honoraires : honoraires et actes facturés par les professionnels de santé pour la dispense de soins médicaux, chirurgicaux, ou obstétricaux.

Le remboursement des dépassements d'honoraires varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent OPTAM/OPTAM CO.

Limitation : les frais engagés au titre de cette garantie font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré a été victime après la prise d'effet des garanties. Cette limitation peut être abrogée si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet.

- Forfait Patient Urgences : participation forfaitaire à la charge des assurés en cas de passages aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation.
- Chambre particulière : frais facturés par un établissement de santé dans le cadre d'une Hospitalisation avec chambre individuelle y compris en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Délai d'attente : Les frais engagés au titre de cette garantie ne donne lieu à aucun remboursement pendant un Délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties.

Ce délai d'attente peut être abrogé si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

- Frais accompagnant : frais de repas et de lit facturés par l'établissement hospitalier afin de permettre à un patient hospitalisé de se faire accompagner le temps de l'hospitalisation.
- Forfait maternité / adoption : versement d'un montant forfaitaire en fonction du Plafond Mensuelle de la Sécurité sociale en cas de naissance d'un enfant d'un Assuré ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par un assuré rattaché au Contrat dans les deux mois de la naissance ou de l'adoption. **Ce forfait n'est versé qu'une seule fois par enfant.**

Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés et en psychiatrie en Secteur conventionné

Sont pris en charge les frais de séjours, le forfait journalier hospitalier, le forfait patient urgences et les honoraires et frais médicaux pour les séjours en établissements et services de soins de suite, de réadaptation, et de rééducation et assimilés ainsi que les séjours pour motif psychiatrique effectués au sein d'un établissement conventionné pris en charge par le Régime Obligatoire.

Secteur non conventionné :

Sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de séjour et de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

5.1.4 Dentaire

- Soins dentaires :

- O les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste,
- O les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux,

- Soins et prothèses de Classe 1 : Les frais de prothèses exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100% Santé » sont intégralement pris en charge après remboursement de la Sécurité sociale dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires »

- Prothèses dentaires Classe 2 ou 3 : les frais de prothèses dentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Bonus Fidélité : Après la 2ème année d'adhésion, le forfait alloué au titre de cette garantie augmente dans les conditions indiquées au Tableau de garantie.

Plafond dentaire :

Selon le niveau de garanties souscrit, la prise en charge des Prothèses remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (à l'exception des soins et prothèses 100% santé) font l'objet d'un cumul de remboursement et d'un plafonnement par Année d'adhésion et par assuré.

Lorsque le montant cumulé des remboursements atteint le plafond des garanties, la prise en charge continue de s'effectuer mais à hauteur de 110% de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

- Inlay/Onlay : les Inlays-Onlays remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

Bonus Fidélité : Après la 2ème année d'adhésion, le forfait alloué au titre de cette garantie augmente dans les conditions indiquées au Tableau de garantie.

- Orthodontie remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire

Limitation : les frais engagés au titre de cette garantie font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré a été victime après la prise d'effet des garanties. Cette limitation peut être abrogée si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet.

- Orthodontie non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire

Délai d'attente : Les frais engagés au titre de cette garantie ne donne lieu à aucun remboursement pendant un Délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties.

Ce délai d'attente peut être abrogé si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet.

Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

- Dentaire non remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire Bonus : forfait alloué pour les prothèses et implants y compris pilier ou faux moignon et parodontologie non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite de trois (3) actes par Année d'adhésion et par assuré.

Bonus Fidélité : Après la 2ème année d'adhésion, le forfait alloué au titre de cette garantie augmente dans les conditions indiquées au Tableau de garantie.

5.1.5 Optique

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médical composé de deux verres et d'une monture remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire comme indiqué au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de vue de l'Assuré et de la complexité des verres. Seules les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge.

Limitation : Limitation : les frais engagés au titre de cette garantie (hors 100% santé) font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré a été victime après la prise d'effet des garanties.

Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Cette limitation peut être abrogée si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet.

Bonus Fidélité : Après la 2ème année d'adhésion, le forfait alloué au titre de cette garantie augmente dans les conditions indiquées au Tableau de garantie

- Lentilles :

Les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites sont pris en charge.

- Chirurgie réfractive :

Sont pris en charge les frais de chirurgie réfractive de l'œil.

5.1.6 Transport

Sont pris en charge les frais de transport prescrit et remboursé par l'AMO.

5.1.7 Aide Auditives

Il s'agit de dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèses/appareils auditifs) ainsi que leurs piles, et autres consommables ou accessoires.

La prise en charge de ces appareils et accessoires dépend du type d'appareil.

Limitation : les frais engagés au titre des prothèses auditives de Classe 2 font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré a été victime après la prise d'effet des garanties.

Cette limitation peut être abrogée si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet.

5.1.8 Médicaments

Les frais de pharmacie remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

5.1.9 Cures thermales

La prise en charge des frais de cure, de l'hébergement et de la surveillance médicale remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge d'une participation supplémentaire par année d'adhésion pour les frais annexes de cure thermale remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (frais d'hébergement et de transport).

Délai d'attente : Les frais engagés au titre participation à l'hébergement et au transport pour les Cures thermales ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un Délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties.

Ce délai d'attente peut être abrogé si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet.

Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

5.1.10 Médecines douces et médecines prescrites non remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire

Un forfait par année d'adhésion permettant la prise en charge des actes et consultations suivants :

- Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, Psychologue prescrit ;
- Sevrage tabagique ;
- Les médicaments prescrit et figurant sur la liste ANSM et les vaccins prescrits et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire
- Les analyses et actes d'imagerie médicale prescrits et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

5.1.11 Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire

Il s'agit des soins inopinés intervenus au cours d'un séjour temporaire réalisé hors de France dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou se blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

La prise en charge de ces soins s'effectue sur la Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française après intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire et exclut tout autre remboursement.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

5.1.12 Les actes de prévention

La Prise en charge des actes de prévention conformément à la réglementation en vigueur.

Un Forfait par année d'adhésion pour des actes et bilans médicaux.

5.2 Modification en cours d'adhésion

Tout changement de niveau de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de l'Assureur. L'acceptation est matérialisée par l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion. Elle entraîne la modification du montant de la cotisation.

L'Adhérent peut modifier le niveau de garanties à tout moment à la hausse et au-delà de la première année d'adhésion à la baisse. Le changement peut intervenir au maximum tous les 12 mois. Tout changement sera effectif le 1er du mois suivant la demande.

5.3 Exclusions

Ne sont pas garantis au titre du Contrat

- Les séjours en maison d'accueil spécialisée, gérontologie, Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en établissement, centre ou service dit de long séjour ;

- Les séjours en appartements privés ;
- Les séjours en hôtels hospitaliers non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les dépassements d'honoraires en hôtels hospitaliers pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, exigés par la personne hospitalisée ou ses accompagnants ;
- Les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
- Les cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ;
- Les frais de santé engagés hors de France, sauf en cas de soins inopinés pris en charge par le Régime Obligatoire ;
- La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés
- La diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné
- Les frais de soins non pris en charge par le Régime obligatoire et/ou ne figurant pas à la nomenclature du Régime obligatoire sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.

5.4 Règlement des prestations

5.4.1 Tiers payant

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions de l'article L.871-1 de la Sécurité sociale (et ses décrets d'application) concernant le mécanisme de tiers payant.

Ce service permet à l'Assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. **Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou au montant des plafonds et forfaits prévus au tableau des garanties.**

Pour bénéficier de ce service, les Assurés devront présenter au professionnel de santé leur carte Tiers Payant Santé.

En cas de cessation des garanties, les bénéficiaires du « Tiers Payant » devront retourner au Gestionnaire leur carte de Tiers Payant. **À défaut, le Gestionnaire pourra demander le remboursement des éventuelles prestations payées pour des frais engagés après la date de cessation des garanties.**

5.4.2 Télétransmission et pièces justificatives

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre l'Assurance Maladie Obligatoire et le Gestionnaire, les remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si l'Assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de ses dépenses de santé, il devra adresser au Gestionnaire :

- **Pour tous les actes pris en charge par le Régime Obligatoire les décomptes de sécurité sociale,**

- Les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées,
- Pour le ticket modérateur : le document officiel attestant le paiement de la part complémentaire, indiquant l'acte pratiqué, les noms, prénoms et numéro de Sécurité Sociale du bénéficiaire des soins ;
- Pour une consultation d'un praticien du secteur non conventionné, la facture et le décompte de l'assurance Maladie,
- Pour une hospitalisation médicale et/ou chirurgicale, l'original ou copie de la facture acquittée et/ou le volet de facturation E 615 précisant le bénéficiaire, la nature des soins, le coefficient et le montant des honoraires payés et déclarés à la Sécurité Sociale (bordereau de facturation partie 1 et 2),
- Pour un « dépassement d'honoraires » en séjour hospitalier privé ou en clinique privé, la facture acquittée,
- Pour des frais d'optique, la facture acquittée et datée précisant le bénéficiaire, les codes LPPR, le coût de la monture, de chaque verre ou lentille, la prescription médicale pour les lentilles hors LPP et le détail des traitements divers,
- Pour les prothèses dentaires, l'original ou copie de la facture des soins bucco-dentaires acquittée et datée précisant le bénéficiaire, le numéro et le coefficient nomenclature des dents traitées et le coût de chaque élément,
- Pour des frais dentaires, la facture acquittée,
- Pour une consultation en médecine douce, la note d'honoraires tamponnée ou signée du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée,
 - Pour la prise en charge des vaccins, la prescription médicale (sauf pour le vaccin grippal) et la facture acquittée du pharmacien,
 - Pour une densitométrie osseuse, la prescription médicale et la facture acquittée,
 - Pour une chirurgie de la myopie, la note d'honoraires et la facture acquittée,
 - Pour les prothèses et le gros 'appareillage, la facture acquittée,
 - Pour les médicaments prescrits non remboursés, la prescription médicale et la facture acquittée,
 - Pour le forfait maternité, un extrait d'acte de naissance,
 - En cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption et l'attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,

- Pour les actes de prévention, la prescription et la facture acquittée,
- Pour les cures thermales, la facture de l'établissement, la facture des frais d'hébergement et les factures des frais de transport.

En cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'adhérent doit transmettre au gestionnaire une facture acquittée détaillée établie par son médecin et le décompte pour que l'indemnisation soit faite sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

L'Assureur pourra demander toutes autres pièces en possession de l'assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de sa demande de prestations.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir au Gestionnaire dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance des garanties.

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

5.5 Contrôle et expertise

L'Assureur peut effectuer un contrôle pour tout Assuré demandant des prestations au titre des garanties de son Contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'Assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Sous peine de déchéance des garanties, le professionnel de santé doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser au médecin conseil, dans les trente (30) jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, désigné par le président du tribunal compétent du domicile de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'Assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

5.6 Subrogation

En cas de sinistre causé par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré à concurrence des indemnités et prestations versées à l'Assuré, conformément à l'article L. 121-2 du code des assurances.

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1 Réclamation – Médiation

Pour toute réclamation relative à la conclusion du Contrat, nous vous invitons à contacter le service Réclamations d'ADLP Assurances :

- Par email: reclamation@kovers.fr

- Par courrier: ADLP Assurances, ZA Les Hâtes du Vernoy, Immeuble Burovert, 89130 Toucy.

Pour toute réclamation relative à la gestion ou la résiliation du Contrat ou encore à la cotisation d'assurance, l'Assuré peut adresser sa réclamation à CPMS :

- par courrier, à CPMS 4 rue Auber 75009 Paris ;

- par email : qualite@cpms.fr

Les services réclamations accuseront réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apporteront une réponse à la réclamation dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'Assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, vous pouvez vous adresser à

La Médiation de l'assurance

TSA 50110

75441 Paris cedex 09.

ou par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Si l'Adhérent a adhéré au Contrat à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

6.2 Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et suivants du Code des assurances qui prévoient :

Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L114-2 « 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 en recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Article L114-3 « 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. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du code civil)
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

6.3 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, les responsables du traitement des informations recueillies sont :

- L'Assureur : Insurem Insurance
- Le Gestionnaire : CPMS
- Le courtier Distributeur : ADLP Assurances

Les données collectées sont notamment utilisées pour :

- La passation, la gestion et l'exécution de votre Contrat :
- Être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- réaliser des sondages qualité ou des analyses et statistiques;
- Pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation.

Vous pourrez également recevoir des offres commerciales de la part d'ADLP Assurances, sauf opposition de votre part. Vos données sont également transmises entre les sociétés, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, intermédiaires d'assurances, sous-traitants, partenaires, réassureurs ou tout autre organisme habilité pour les besoins de ces opérations.

Vos données pourront, en raison de la sous-traitance partielle des traitements, faire l'objet d'un transfert vers un ou plusieurs prestataire(s) téléphonique(s) situé(s) en dehors de l'Union Européenne pour la gestion des appels. Ce ou ces prestataire(s) se sont engagés contractuellement auprès des entités susvisées à garantir un niveau de sécurité, de confidentialité et de protection suffisant de la vie privée et des droits fondamentaux et sont ainsi liés par des conventions les engageant à respecter le même niveau de protection des données qu'en France.

Vos données personnelles sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme de votre contrat d'assurance.

Par ailleurs, les Adhérents sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Les conversations enregistrées au titre du suivi de qualité sont conservées maximum six(6) mois à compter de leur enregistrement. Les Adhérents pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

Vous avez la possibilité de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique accessible sur le site www.bloctel.fr, pour ne pas être démarché par téléphone par des professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime, mais également à des fins de prospection.

Pour les demandes relatives à la souscription du Contrat, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données de ADLP Assurances, soit par courriel à dpo@adlp-assurances.fr soit par courrier postal à ADLP Assurances – DPO – 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil.

Pour les demandes relatives aux sinistres, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données de CPMS - DPO - 4 rue auber 75009 PARIS -, soit par courriel à dpo@cpms.fr. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Pour les demandes destinées à l'Assureur, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données de Insurem- DPO - Ltd No. 4, St Andrew Street, Valletta VLT 1341 Malta, soit par courriel à dpo@insurem.eu.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr>.

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles d'attention, de sérénité et de fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires.

Vous pouvez prendre connaissance des politiques de chaque entité sur leur site Internet respectif ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse email que vous nous indiquerez :

- Pour CPMS: <https://www.cpms.fr/testmodif/PolitiqueconfidentialiteCPMS.pdf>
- Pour ADLP Assurances: <https://www.kovers.fr/donnees-personnelles>

Nous accordons la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles de nos assurés et prospects et nous engageons à traiter vos données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

6.4. Loi applicable et langue applicable

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

Sommaire

Document d'Information sur le Produit d'Assurance Assistance Santé	30 -31
Contacts	32
Application et période des garanties	32
Définitions	32 - 33
Mise en œuvre des prestations	33 - 34
Tableau des garanties	35 - 37
Détails des garanties	38 - 41
Exclusions	41
Clauses règlementaires	42 - 44

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Les garanties du produit d'assistance santé ont pour vocation d'aider les bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie ayant entraîné une immobilisation ou une hospitalisation.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds maximum qui varient en fonction de l'évènement qui donne droit à la garantie. Ils sont détaillés dans la notice d'information.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES

Assistance santé

- ✓ **Dès l'adhésion** : Informations sociales, Informations juridiques et vie pratique
- ✓ **En cas d'hospitalisation d'urgence ou programmée, en médecine ou en chirurgie, supérieure ou égale à 48 heures à plus de 50 km du domicile d'un bénéficiaire** : Présence d'un proche au chevet
- ✓ **En cas d'hospitalisation d'urgence ou programmée, en médecine ou en chirurgie, supérieure ou égale à 48 heures ou d'immobilisation supérieure à 5 jours, suite à un accident d'un bénéficiaire** : Aide à domicile, Auxiliaire de vie, Jardinage ou petit-bricolage, Plan d'aide à la convalescence, Livraison des médicaments, Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés sans limite d'âge et leur accompagnement à l'école, Transfert accompagné des enfants, Venue d'un proche, Garde des personnes dépendantes, Transfert des personnes dépendantes, Venue d'un proche, Garde des Animaux de compagnie, Ecole à domicile lorsque l'enfant est immobilisé ou hospitalisé (dès le 16ème jour calendaire d'absence scolaire), Accompagnement de l'enfant à l'école
- ✓ **En cas d'évènement traumatisant constaté médicalement d'un bénéficiaire** : Accompagnement psychologique (pour les Bénéficiaires âgés d'au moins 16 ans)
- ✓ **Lors de la survenance d'une maladie redoutée d'un bénéficiaire** : Accompagnement psychologique (pour les Bénéficiaires âgés d'au moins 16 ans), Accompagnement au diagnostic, Accompagnement fin de vie ; Aide à domicile, Auxiliaire de vie, Jardinage ou petit-bricolage, Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés sans limite d'âge, Transfert accompagné des enfants, Venue d'un proche, Garde des personnes dépendantes, Transfert des personnes dépendantes, Venue d'un proche, Garde des Animaux de compagnie, Bilan situationnel par un ergothérapeute, Téléassistance
- ✓ **En cas de maternité de l'adhérent ou de son conjoint** : Accompagnement social et budgétaire, Accompagnement psychologique, Auxiliaire de puériculture, Présence d'un proche au chevet, Aide à domicile, Auxiliaire de vie, Jardinage ou petit-bricolage
- ✓ **En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou de l'un de leurs enfants assuré au titre du contrat d'assurance santé « KOVERS Tribu »** : Aide à la recherche d'un opérateur funéraire, Mise à disposition des courriers types, Aide à domicile, Auxiliaire de vie, Jardinage ou petit-bricolage



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Sinistres pour lesquels le fait générateur est né en dehors de la période de couverture ou était connu par le bénéficiaire avant l'adhésion



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- ! les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- ! les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- ! les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- ! les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies réalisées par un huissier de justice ou consécutives au prononcé d'une décision de justice, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- ! les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- ! les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- ! les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque chimique, ou d'une arme biologique ;
- ! les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

- ! tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- ! tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties assistance santé sont acquises en France métropolitaine et dans les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'assuré doit :

- payer la prime lors de l'adhésion et pendant toute la durée du contrat,
- déclarer le sinistre à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** dans un délai de 5 jours à compter de sa survenance,
- obtenir l'accord préalable de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** avant d'entamer toute démarche.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables conjointement à celles dues au titre du contrat collectif **Assurance Santé Kovers Tribu n° INSQAP01 d'INSUREM INSURANCE LIMITED** :

- Elles sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le Contrat.
- Un paiement fractionné mensuel par prélèvement peut toutefois être accordé au choix.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à partir de la date d'adhésion au contrat **Assurance Santé Kovers Tribu**.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction sauf en cas de résiliation par l'une des parties selon les modalités fixées aux conditions générales.

La couverture prend fin :

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat **Assurance Santé Kovers Tribu**,
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assistance n°**FIC22SAN0009**.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable conjointement à l'adhésion au contrat collectif d'assurance **Assurance Santé Kovers Tribu** :

- A la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date, puis ensuite à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, en nous adressant une lettre recommandée.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme au capital de 4 100 000 euros – 433 012 689 RCS Nanterre – Siège social : 108 Bureaux de la Colline – 92213 CLOUD Cedex – Entreprise régie par le Code des assurances - www.filassistance.fr

713IPIDKTRIB_INSQAP01_0422

Conditions Générales des garanties d'assistance valant notice d'information Contrat collectif n° FIC22SAN0009 Assurance santé « Kovers »



ADLP ASSURANCES, Société par actions simplifiée, au capital de 2 153 170 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 799 342 118, inscrite au Registre National des Intermédiaires sous le n° 14001699, dont le siège social se situe 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil a souscrit le contrat collectif n° **FIC22SAN0009**, au bénéfice des adhérents couverts par le contrat assurance santé « **KOVERS Tribu** » n° **INSQAP01** souscrit auprès d'**INSUREM INSURANCE LIMITED** et distribué par **ADLP ASSURANCES**.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone	09 77 40 48 76 (depuis le France) +33 9 77 40 48 76 (depuis l'étranger)
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	09 77 40 17 87

1) Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France métropolitaine.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au Domicile de l'Adhérent et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

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 **assurance santé « KOVERS Tribu »** n° **INSQAP01** souscrit auprès d'**INSUREM INSURANCE LIMITED** et distribué par **ADLP ASSURANCES** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC22SAN0009**.

Définitions

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique ayant adhéré au contrat assurance santé « **KOVERS Tribu** » n° **INSQAP01** souscrit auprès d'**INSUREM INSURANCE LIMITED** et domiciliée en France (telle que définie ci-dessous).

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 susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »**. **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.**

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

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Auxiliaire de vie : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

Bénéficiaire : L'Adhérent et/ou toute personne physique mineure ou majeure assurée en tant qu'ayant droit au titre de l'adhésion au contrat assurance santé « **KOVERS Tribu** » n° **INSQAP01** souscrite par l'Adhérent auprès d'**INSUREM INSURANCE LIMITED**. Peut être également Bénéficiaires des garanties d'assistance :

- Le Conjoint de l'Adhérent,
- Ses Enfants ainsi que ceux de son Conjoint,

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.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° FIC22SAN0009.

Dépendance : Etat 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.

Enfants : Les Enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint répondant à l'une des conditions suivantes :

- Les enfants âgés de moins de 26 ans poursuivant leurs études et immatriculés au régime de sécurité sociale des étudiants,
- Les enfants en apprentissage ou en contrat de qualification percevant une rémunération inférieure à 50% du SMIC en vigueur,
- Les enfants handicapés, titulaires de la carte d'invalidité d'au moins 80%, quel que soit leur âge,
- Les enfants âgés de moins de 25 ans ayant terminé leurs études, inscrits à Pôle Emploi, à la recherche d'un premier emploi et percevant une allocation inférieure à 50% du SMIC en vigueur,
- Les enfants âgés de moins de 25 ans effectuant un stage.

Equipe médicale : Médecins de **FILASSISTANCE**.

Equipe médico-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

Equipe médico-psycho-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**

Etablissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**.

France : France métropolitaine et les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée supérieure à 48 heures, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.

Incapacité : L'incapacité permanente (partielle ou totale) survenue à la suite d'une Maladie redoutée et reconnue par l'Assurance maladie avec un taux d'incapacité au moins égal à 50%.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladies redoutées : Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont l'appréciation est laissée à la charge des médecins de **FILASSISTANCE**.

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, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A 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 : zone couvrant la France métropolitaine.
- 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.

Mise en œuvre des prestations

1) Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, **dans un délai maximum de cinq (5) jours calendaires** suivant la **date de survenance de l'Evènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties**.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

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

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par **FILASSISTANCE** permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

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.

FILASSISTANCE 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 risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE 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 l'égard du prestataire intervenant à son Domicile.

2) Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

3) Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve 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 adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

4) Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (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.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délaï maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **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 **FILASSISTANCE** 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. **FILASSISTANCE** ne pourra pas être tenue 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.

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION	
<u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu ».</u>	
Informations sociales	Informations téléphoniques
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION D'URGENCE OU PROGRAMMEE, EN MEDECINE OU EN CHIRURGIE, SUPERIEURE OU EGALE A 48 HEURES A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE	
<u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers ».</u>	
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport par Evènement Frais d'hébergement : 2 nuits maximum par Evènement et 50 € TTC maximum par nuit
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS:	
- D'HOSPITALISATION D'URGENCE OU PROGRAMMEE, EN MEDECINE OU EN CHIRURGIE, SUPERIEURE OU EGALE A 48 HEURES	
- D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS SUITE A UN ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE	
<u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu ».</u>	
Aide à domicile (accessible également en cas d'Hospitalisation à Domicile)	10 heures maximum par Evènement réparties dans les 15 jours ouvrés suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation
<u>OU</u> Auxiliaire de vie (accessible également en cas d'Hospitalisation à Domicile)	8 heures maximum par Evènement réparties dans les 15 jours ouvrés suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation
<u>OU</u> Jardinage ou petit-bricolage (accessible également en cas d'Hospitalisation à Domicile)	8 heures maximum par Evènement réparties dans les 15 jours ouvrés suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation
Plan d'aide à la convalescence	Informations téléphoniques
Livraison des médicaments	Prise en charge des frais de livraison 2 interventions maximum par année civile et par Bénéficiaire
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés sans limite d'âge et leur accompagnement à l'école	10 heures maximum par Evènement 1 aller /retour par jour dans la limite de 5 jours par Evènement
<u>OU</u> Transfert accompagné des enfants	1 Titre de transport par Evènement
<u>OU</u> Venue d'un proche	1 Titre de transport par Evènement
Garde des personnes dépendantes	10 heures maximum par Evènement
<u>OU</u> Transfert des personnes dépendantes	1 Titre de transport par Evènement
<u>OU</u> Venue d'un proche	1 Titre de transport par Evènement
Garde des Animaux de compagnie	10 heures maximum par Evènement Prise en charge du transport pour l'aller et le retour au Domicile des Animaux de compagnie
Ecole à domicile lorsque l'enfant est immobilisé ou hospitalisé (dès le 16 ^{ème} jour calendaire d'absence scolaire) Non cumulable avec « Accompagnement de l'enfant à l'école »	Dans la limite d'une seule mise en œuvre et de 150 heures par année civile par enfant 10 heures maximum par semaine
Accompagnement de l'enfant à l'école Non cumulable avec « Ecole à domicile »	1 aller/retour par jour pendant 5 semaines maximum par Evènement

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT CONSTATE MÉDICALEMENT D'UN BÉNÉFICIAIRE

Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu ».

Accompagnement psychologique (pour les Bénéficiaires âgés d'au moins 16 ans)	3 entretiens téléphoniques maximum par Évènement et par Bénéficiaire Si la situation le justifie, prise en charge également des frais de consultation dans un cabinet dans la limite de 3 consultations par Évènement et par Bénéficiaire
--	--

PRESTATIONS ACCESSIBLES LORS DE LA SURVENANCE D'UNE MALADIE REDOUTÉE D'UN BÉNÉFICIAIRE

Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu ».

Accompagnement psychologique (pour les Bénéficiaires âgés d'au moins 16 ans)	3 entretiens téléphoniques maximum par Évènement et par Bénéficiaire
Accompagnement au diagnostic	Entretiens téléphoniques
Accompagnement fin de vie	Entretiens téléphoniques
Aide à domicile	10 heures maximum par année civile
OU Auxiliaire de vie	8 heures maximum par année civile
OU Jardinage ou petit-bricolage	8 heures maximum par année civile
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés sans limite d'âge	20 heures maximum par année civile
OU Transfert accompagné des enfants	1 Titre de transport par année civile
OU Venue d'un proche	1 Titre de transport par année civile
Garde des personnes dépendantes	10 heures maximum par année civile
OU Transfert des personnes dépendantes	1 Titre de transport par année civile
OU Venue d'un proche	1 Titre de transport par année civile
Garde des Animaux de compagnie	10 heures maximum par année civile Prise en charge du transport pour le retour au Domicile des Animaux de compagnie

Les garanties « Bilan situationnel par un ergothérapeute » et « Téléassistance » sont accessibles aux Bénéficiaires qui, à la suite d'une Maladie redoutée, entrent en état de Dépendance (à partir de GIR 4) ou en état d'Incapacité (à partir de 50%).

Dès lors que la Dépendance ou l'Incapacité est la conséquence d'une Maladie redoutée, le Bénéficiaire peut de nouveau bénéficier de ces garanties lorsque son état évolue de la façon suivante :

- le niveau de GIR du Bénéficiaire évolue. Le nouveau niveau de GIR devant être compris entre 1 et 4.
- le taux d'Incapacité devient supérieur à 80 %.

Les garanties sont mises en œuvre dans l'année suivant :

- l'entrée en état de Dépendance ou d'Incapacité,
- le changement du niveau de GIR ou du taux d'Incapacité.

Bilan situationnel par un ergothérapeute	1 bilan dans l'année qui suit le changement du GIR ou le taux d'Incapacité
Téléassistance	Prise en charge des frais d'installation et d'un mois d'abonnement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITÉ DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent et son Conjoint, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers ».

Accompagnement social et budgétaire	Entretiens téléphoniques
Accompagnement psychologique (pendant la grossesse ou en cas de difficultés dans le cadre de la naissance)	3 entretiens maximum par Évènement et par Bénéficiaire En cas de difficultés dans le cadre de la naissance : prise en charge des frais de consultation dans un cabinet dans la limite de 3 consultations par Évènement et par Bénéficiaire

Auxiliaire de puériculture (en cas de naissance multiple ou prématurée)	3 heures maximum par Evènement
Présence d'un proche au chevet (en cas de naissance prématurée)	1 Titre de transport par Evènement et par Bénéficiaire Frais d'hébergement : 2 nuits maximum par Evènement et 50€ TTC maximum par nuit
Aide à domicile (en cas de naissance multiple ou prématurée)	8 heures maximum par Evènement réparties sur le mois suivant la date de naissance
<u>OU</u> Auxiliaire de vie	6 heures maximum par Evènement réparties sur le mois suivant la date de naissance
<u>OU</u> Jardinage ou petit-bricolage	6 heures maximum par Evènement réparties sur le mois suivant la date de naissance
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT, DE SON CONJOINT OU DE L'UN DE LEURS ENFANTS ASSURE AU TITRE DU CONTRAT D'ASSURANCE SANTE « KOVERS Tribu »	
<p><u>En cas de décès de l'Adhérent ou de son Conjoint, les personnes suivantes peuvent demander la mise en œuvre des garanties: le conjoint de la personne décédée ou l'un de ses Enfants ou parents (au 1^{er} ou 2^{ème} degré),</u></p> <p><u>En cas de décès d'un Enfant assuré, les personnes suivantes peuvent demander la mise en œuvre des garanties: les parents (au 1^{er} ou 2^{ème} degré),</u></p>	
Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Mise en relation sans prise en charge
Mise à disposition des courriers types	
Aide à domicile	10 heures maximum par Evènement réparties dans les 15 jours ouvrés suivant le décès
<u>OU</u> Auxiliaire de vie	8 heures maximum par Evènement réparties dans les 15 jours ouvrés suivant le décès
<u>OU</u> Jardinage ou petit-bricolage	8 heures maximum par Evènement réparties dans les 15 jours ouvrés suivant le décès

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

1) PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre des garanties de cet article, il faut entendre par Bénéficiaire: l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu »

a. Informations sociales

FILASSISTANCE répond aux questions du Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- Les différentes aides sociales existantes,
 - Les modalités et les démarches à effectuer pour en bénéficier,
- Les services d'action sociale existants

b. Informations juridiques et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions du Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- ☞ Informations juridiques
 - Justice / défense / recours,
 - Assurances sociales / allocations / retraites,
 - Impôts / fiscalité,
 - Famille,
 - Travail,
 - Protection sociale,
 - Sociétés,
 - Retraite,
 - Handicap,
 - Dépendance
- ☞ Informations vie pratique
 - Handicap,
 - Dépendance,
 - Habitation / logement,
 - Consommation,
 - Vacances / loisirs,
 - Formalités / cartes / permis,
 - Les services publics,
 - Enseignement / formation.

2) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION D'URGENCE OU PROGRAMMEE, EN MEDECINE OU EN CHIRURGIE, SUPERIEURE OU EGALE A 48 HEURES A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article, il faut entendre par Bénéficiaire: l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers »

a. Présence d'un proche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un **Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place dans la limite de 2 nuits par Evènement à concurrence de 50 € TTC par nuit.

3) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :

- D'HOSPITALISATION D'URGENCE OU PROGRAMMEE, EN MEDECINE OU EN CHIRURGIE, SUPERIEURE OU EGALE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE
- OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS SUITE A UN ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article, il faut entendre par Bénéficiaire: l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu »

a. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire, une Aide à domicile afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes dans la limite de 10 heures par Evènement.

Si le Bénéficiaire le préfère, **FILASSISTANCE** met en place les prestations indiquées ci-dessous dans la limite de 8 heures par Evènement :

- Auxiliaire de vie ;
- Jardinage ou petit-bricolage.

La prestation choisie par le Bénéficiaire doit être mise en œuvre dans les 15 jours ouvrés suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation.

Cette garantie est accessible également en cas d'Hospitalisation à Domicile.

b. Plan d'aide à la convalescence

FILASSISTANCE 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 ou pendant l'Immobilisation et aborde différents domaines :

- Les besoins en services à Domicile

FILASSISTANCE fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne du Bénéficiaire et de sa famille.

- Les droits et les démarches

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

- Les aides techniques

FILASSISTANCE peut informer le Bénéficiaire sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

FILASSISTANCE peut mettre en relation le Bénéficiaire avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

c. Livraison des médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 2 interventions par année civile et par Bénéficiaire.

d. Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés sans limite d'âge

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- La garde à Domicile dans la limite de 10 heures par Evènement ;
- OU le transfert accompagné des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition 1 Titre de transport par Evènement ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition 1 Titre de transport par Evènement.

La prestation choisie par le Bénéficiaire doit être mise en œuvre dans les 15 jours ouvrés suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation.

e. Garde des personnes dépendantes

Si personne ne peut s'occuper des personnes dépendantes, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- La garde à Domicile dans la limite de de 10 heures par Evènement ;
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition 1 Titre de transport par Evènement ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition 1 Titre de transport par Evènement.

La prestation choisie par le Bénéficiaire doit être mise en œuvre dans les 15 jours ouvrés suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation.

f. Garde des Animaux de compagnie

Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge la garde des Animaux de compagnie au Domicile ou dans une pension pour animaux.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 10 heures par Evènement.

FILASSISTANCE prend également en charge le transfert aller/retour des Animaux de compagnie au Domicile, à condition qu'il ait lieu dans un rayon de 25 Km du Domicile.

g. Ecole à Domicile (lorsque l'enfant est immobilisé ou hospitalisé)

FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du 16^{ème} jour calendaire d'absence de l'enfant du Bénéficiaire, le soutien pédagogique du cours primaire à la classe de terminale incluse dans les matières suivantes : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie.

La mise en œuvre de cette garantie se fait dans les conditions suivantes :

- Un certificat médical constatant que l'état de santé de l'enfant ne lui permet pas de se rendre dans son établissement scolaire est adressé à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**,
- Un ou plusieurs répétiteurs est disponible dans un rayon de 25 Km autour du lieu où se trouve l'enfant.

Cette prestation ne s'applique pas aux absences découlant d'une situation de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite d'une fois par année scolaire, pendant la période d'absence scolaire de l'enfant, du lundi au vendredi, dans la limite de 10 heures par semaine et de 150 heures par année civile par enfant.

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie IV.3.h « Accompagnement de l'enfant à l'école ».

h. Accompagnement de l'enfant à l'école

Lorsque l'Adhérent ou son Conjoint hospitalisé ou immobilisé ne peut pas accompagner l'enfant à l'école, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'accompagnement de l'enfant à l'école, dans un rayon de 25 Km du Domicile et dans la limite de 1 aller/retour par jour pendant 5 semaines maximum par Evènement.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie IV.3.g « Ecole à domicile ».

4) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'EVENEMENT TRAUMATISANT CONSTATE MEDICALEMENT D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article, il faut entendre par Bénéficiaire: l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu »

a. Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire, âgé d'au moins 16 ans, avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 3 entretiens téléphoniques par Evènement et par Bénéficiaire.

Si la situation le justifie, **FILASSISTANCE** prend en charge également les frais de consultation dans un cabinet proche du Domicile dans limite de 3 consultations par Evènement et par Bénéficiaire.

5) PRESTATIONS ACCESSIBLES LORS DE LA SURVENANCE D'UNE MALADIE REDOUTEE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article, il faut entendre par Bénéficiaire: l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers »

b. Accompagnement au diagnostic

L'Equipe médicale de **FILASSISTANCE** accompagne le Bénéficiaire dans la compréhension de sa 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.

c. Accompagnement fin de vie

L'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** réalise un accompagnement personnalisé en tenant compte de la situation physique et sociale du Bénéficiaire :

- 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.

d. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire, une Aide à domicile afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes **dans la limite de 10 heures par année civile**.

Si le Bénéficiaire le préfère, **FILASSISTANCE** met en place les prestations indiquées ci-dessous **dans la limite de 8 heures par année civile**:

- Auxiliaire de vie ;
- Jardinage ou petit-bricolage.

e. Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés sans limite d'âge

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- La garde à Domicile **dans la limite de 20 heures par année civile** ;
- OU le transfert accompagné des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par année civile** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par année civile**.

f. Garde des personnes dépendantes

Si personne ne peut s'occuper des personnes dépendants, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- La garde à Domicile **dans la limite de de 10 heures par année civile** ;
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par année civile** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par année civile**.

g. Garde des Animaux de compagnie

Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge la garde des Animaux de compagnie au Domicile ou dans une pension pour animaux.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 10 heures par année civile**.

À l'issue de la garde organisée par **FILASSISTANCE**, le retour de Animaux de compagnie au Domicile, peut être organisé et pris en charge, à condition qu'il ait lieu **dans un rayon de 25 Km du Domicile**.

h. Bilan situationnel par un ergothérapeute

Cette garantie est accessible aux Bénéficiaires qui, à la suite d'une **Maladie redoutée**, entrent en état de **Dépendance** (à partir de **GIR 4**) ou en état d'**Incapacité** (à partir de **50%**).

Dès lors que la **Dépendance** ou l'**Incapacité** est la conséquence d'une **Maladie redoutée**, le Bénéficiaire peut de nouveau bénéficier de cette garantie lorsque son état évolue de la façon suivante :

- le niveau de **GIR** du Bénéficiaire évolue. Le nouveau niveau de **GIR** devant être compris entre **1 et 4**.
- le taux d'**Incapacité** devient supérieur à **80 %**.

Cette garantie est mise en œuvre dans l'année suivant :

- l'entrée en état de **Dépendance** ou d'**Incapacité**,
- le changement du niveau de **GIR** ou du taux d'**Incapacité**.

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile du Bénéficiaire.

L'ergothérapeute évalue la situation du Bénéficiaire dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

A la fin de l'intervention de l'ergothérapeute, un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du Domicile sera remis au Bénéficiaire.

Le bilan situationnel par un ergothérapeute doit être mis en place dans l'année qui suit le changement de GIR ou de taux d'Incapacité du Bénéficiaire.

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du Domicile du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** met le Bénéficiaire en relation avec une structure qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour apporter une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de son logement :

- Envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- Établissement par ces prestataires de devis et diagnostic portant sur des réparations à effectuer,
- Vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,
- Suivi des travaux, des coûts, des délais,
- Contrôle du procès-verbal de fin de travaux.

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

i. Téléassistance

Cette garantie est accessible aux Bénéficiaires qui, à la suite d'une **Maladie redoutée**, entrent en état de **Dépendance** (à partir de **GIR 4**) ou en état d'**Incapacité** (à partir de **50%**).

Dès lors que la **Dépendance** ou l'**Incapacité** est la conséquence d'une **Maladie redoutée**, le Bénéficiaire peut de nouveau bénéficier de cette garantie lorsque son état évolue de la façon suivante :

- le niveau de **GIR** du Bénéficiaire évolue. Le nouveau niveau de **GIR** devant être compris entre **1 et 4**.
- le taux d'**Incapacité** devient supérieur à **80 %**.

Cette garantie est mise en œuvre dans l'année suivant :

- l'entrée en état de **Dépendance** ou d'**Incapacité**,
- le changement du niveau de **GIR** ou du taux d'**Incapacité**.

FILASSISTANCE prend en charge la mise à disposition pour le Bénéficiaire d'un dispositif de téléassistance qui sécurise son maintien à Domicile.

Ainsi, d'un simple geste, le Bénéficiaire peut alerter la centrale de téléassistance qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

24H/24 et 7J/7, le Bénéficiaire peut bénéficier d'une plate-forme d'écoute qui, si nécessaire, fera appel aux structures d'urgence pour lui porter secours **sans prendre en charge les frais liés aux interventions**.

FILASSISTANCE organise et prend en charge les frais d'installation ainsi qu'un mois d'abonnement, sous réserve de la remise d'un **RIB** à **FILASSISTANCE**

6) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre des garanties de cet article, il faut entendre par Bénéficiaire: l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants, assurés au titre du contrat assurance santé « Kovers Tribu »

a. Accompagnement social et budgétaire

FILASSISTANCE répond aux questions du Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- Informations sociales liées à la naissance ou à l'adoption,
- Budget familial.

b. Accompagnement psychologique

Pendant la grossesse ou en cas de difficultés dans le cadre de la naissance, **FILASSISTANCE** met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 3 entretiens téléphoniques par Evènement et par Bénéficiaire.

En cas de difficultés dans le cadre de la naissance, **FILASSISTANCE** prend en charge également les frais de consultation dans un cabinet proche du Domicile dans limite de 3 consultations par Evènement et par Bénéficiaire.

c. Auxiliaire de puériculture

En cas de naissance multiple ou prématurée, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'intervention d'une auxiliaire de puériculture au Domicile afin d'aider le Bénéficiaire dans la réalisation des soins à dispenser à son nouveau-né.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 3 heures par Evènement.

d. Présence au chevet

En cas de naissance prématurée **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport des Bénéficiaires, au chevet de leur nouveau-né prématuré et hospitalisé, en mettant à la disposition de chaque parent un Titre de transport par Evènement et par Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement sur place dans la limite de 2 nuits par Evènement à concurrence de 50 € TTC par nuit.

e. Aide à domicile

En cas de naissance multiple ou prématurée, **FILASSISTANCE** met à disposition du Bénéficiaire, une Aide à domicile afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes dans la limite de 8 heures par Evènement réparties sur le mois suivant la naissance.

Si le Bénéficiaire le préfère, **FILASSISTANCE** met en place les prestations indiquées ci-dessous dans la limite de 6 heures par Evènement réparties sur le mois suivant la naissance :

- Auxiliaire de vie ;
- Jardinage ou petit-bricolage.

7) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT, SON CONJOINT OU DE L'UN DE LEUR ENFANT ASSURE AU TITRE DU CONTRAT D'ASSURANCE SANTE « KOVERS Tribu »

Dans le cadre des garanties de cet article, les personnes suivantes peuvent demander la mise en œuvre des garanties: l'Adhérent, le Conjoint, les Enfants, ainsi que des parents ou grands-parents de l'Adhérent ou de son Conjoint.

a. Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

b. Mise à disposition des courriers types

FILASSISTANCE assure la mise à disposition au Bénéficiaire, de « courriers types » nécessaires aux organismes et administrations et lui communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- Employeurs, Pôle emploi local ou Caisse de retraite selon la situation du défunt,
- Établissements bancaires,
- Compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs de téléphonie, divers assureurs (automobile, vol MRH, etc...),
- Mutuelles et Caisses de retraite principales et complémentaires,
- Le Centre des Impôts,
- La Sécurité sociale.

c. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire, une Aide à domicile afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes dans la limite de 10 heures par Evènement.

Il est rappelé que dans tous les cas et dans le respect de l'article 1 « Où s'appliquent les garanties ? », la prestation est mise en œuvre au Domicile de l'Adhérent.

Si le Bénéficiaire le préfère, **FILASSISTANCE** met en place les prestations indiquées ci-dessous dans la limite de 8 heures par Evènement :

- Auxiliaire de vie ;
- Jardinage ou petit-bricolage.

La prestation choisie par le Bénéficiaire doit être mise en œuvre dans les 15 jours ouvrés suivant le décès.

Exclusions

1) Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de **FILASSISTANCE** :

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies réalisées par un huissier de justice ou consécutives au prononcé d'une décision de justice, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysmes naturels ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque chimique, ou d'une arme biologique ;
- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de **FILASSISTANCE** :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE**.

1) Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** 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 **FILASSISTANCE** 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.

2) Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client; la gestion des avis des personnes sur les produits et services, la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

3) Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** 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 **FILASSISTANCE** et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE 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).

4) Autorité de contrôle

FILASSISTANCE 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.

5) Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire, 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 : **FILASSISTANCE** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

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

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance 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.

6) Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes 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'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré 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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, 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.

- **Etendue 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 1er 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).

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.



FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
433 012 689 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
92213 SAINT-CLOUD Cedex
Entreprise régie par le Code des Assurances



Vivre mieux avec le meilleur de l'assurance santé

Toute l'équipe de KOVERS est heureuse de vous avoir présenté ce livret de l'assuré que nous espérons complet au regard de vos besoins. Nous restons disponibles pour vous aider. Nous vous invitons à vous connecter sur notre site régulièrement ainsi que sur notre compte facebook pour rester informé(e)s de la vie de KOVERS.

Merci



facebook.com/KOVERS

www.kovers.fr

tribu@kovers.fr