



Notice d'information contractuelle

Garantie Dépendance®

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° 1701Z souscrit par les associations Alptis Seniors et Apti auprès de CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, 341 737 062 Paris, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15, et n° F 14 D 0397 (pour l'assistance), souscrit par les associations Alptis Seniors et Apti auprès de Filassistance International, SA au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre au numéro 433 012 689 - Siège social : 108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX.

Sommaire

CONDITIONS GÉNÉRALES - Garantie Dépendance	3-12
1•OBJET DU CONTRAT	3
2•INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA COMMERCIALISATION À DISTANCE	3
3•ADHÉSION AU CONTRAT	3-5
4•VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION	5
5•NATURE DES GARANTIES	5-6
6•DÉFINITION DES NIVEAUX DE DÉPENDANCE	7
7•RÉDUCTION DES GARANTIES	7
8•ÉTENDUE TERRITORIALE	8
9•EXCLUSIONS DE GARANTIES	8
10•COTISATIONS	8
11•PAIEMENT DES PRESTATIONS	8-9
12•DISPOSITIONS DIVERSES	9-11
ANNEXE 1 : COTISATIONS MENSUELLES	11-12
ANNEXE 2 : BARÈME DE RÉDUCTION	12
CONDITIONS GÉNÉRALES - Assistance	13-19
1•COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?	13
2•PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION	13-15
3•PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À PARTIR DU NIVEAU 2 DE DÉPENDANCE	15-16
4•PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À PARTIR DU NIVEAU 3 DE DÉPENDANCE	16-17
5•QUELLES SONT LES EXCLUSIONS ?	17
6•INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	17
7•CONTRÔLE	17
8•PROTECTION JURIDIQUE DÉPENDANCE	18-19

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis Seniors dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, l'association Apti dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations régies par la loi de 1901,
- et d'autre part, CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, 341 737 062 Paris, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15, un contrat d'assurance de groupe dépendance à adhésion facultative : n° 1701Z.

Ce contrat est ouvert aux membres des associations Alptis Seniors et Apti. La gestion de ce contrat est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1•OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance a pour objet de garantir le service d'une prestation sous forme de rente viagère et/ou de prestations en espèces aux assurés qui se trouvent de façon définitive en état de dépendance tel qu'il est défini au paragraphe 5 ci-après.

Les assurés bénéficient également des prestations d'assistance du contrat n° F 14 D 0397, souscrit par les associations Alptis seniors et Apti auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL, entreprise régie par le Code des assurances. Voir CONDITIONS GÉNÉRALES - Assistance.

Les stipulations du contrat d'assistance sont décrites en page 13 et suivantes.

2•INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA COMMERCIALISATION À DISTANCE

- Le contrat d'assurance de groupe dépendance n° 1701Z est souscrit auprès de CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 4, Place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.
- L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.
- Le montant de la cotisation est indiqué à l'annexe de la présente notice.
- La durée de l'adhésion est fixée à l'article 4•1 Durée des garanties. Les garanties et les exclusions du contrat sont mentionnées aux articles 5•Nature des garanties et 9•Exclusions de garanties.
- L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information du contrat est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement ou, le cas échéant, sur la demande d'adhésion jointe.
- L'adhésion au contrat s'effectue selon les modalités décrites à l'article 3•2 Formalités d'adhésion et sélection de risque. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 10•2 Paiement des cotisations. Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexion internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'assuré sont à sa charge et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation, sont prévues à l'article 3•3 Droit de renonciation.
- Les relations précontractuelles et contractuelles avec Alptis Seniors, Apti, l'Assureur, et l'assuré sont régies par le droit français. Alptis Seniors, Apti et l'Assureur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 12•3 Renseignements - réclamations - médiation.
- Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (article L. 423-1 du Code des Assurances).

3•ADHÉSION AU CONTRAT

3•1 PERSONNES ASSURABLES

L'adhésion est ouverte à toute personne membre des associations Alptis Seniors et Apti, ainsi qu'à son conjoint, concubin ou partenaire pacsé

- de moins de 76 ans, à la date de signature de la demande d'adhésion,
- résidant en France métropolitaine ou dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) à l'exclusion de Mayotte, à condition qu'elle remplisse les formalités d'adhésion visées à l'article 3•2.

3•2 FORMALITES D'ADHESION ET SELECTION DE RISQUE

Le candidat à l'assurance doit remplir et signer une demande d'adhésion qu'il transmet à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, en précisant la formule d'assurance (Dépendance lourde ou Dépendance partielle et lourde) et le niveau de couverture choisis ainsi que les options de garantie proposées (pour la formule Dépendance partielle et lourde uniquement).

Une photocopie recto/verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité) doit obligatoirement être jointe à la demande.

3•2•1 Conformément au label **GAD ASSURANCE DÉPENDANCE®**, pour le candidat à l'assurance âgé de moins de 50 ans qui choisit la formule Dépendance lourde, aucune formalité médicale n'est exigée sous réserve qu'il puisse attester :

- qu'il ne bénéficie pas de prestations invalidité, telles que définies à l'article 12•9 de la présente notice,
- qu'il ne bénéficie pas de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, telles que définies à l'article 12•9 de la présente notice,
- qu'il n'ait pas de demande en cours pour l'un ou l'autre de ces deux motifs.

Si au moins une de ces conditions n'est pas respectée, le candidat à l'assurance devra remplir un questionnaire de Santé.

3•2•2 Le candidat à l'assurance âgé de plus de 50 ans qui choisit la formule Dépendance lourde ou le candidat à l'assurance, quel que soit son âge, qui choisit la formule Dépendance partielle et lourde, doit remplir une déclaration d'état de santé (DES) et répondre par "OUI" ou par "NON" aux questions de cette DES.

- S'il répond "NON" à toutes les questions il est admis dans l'assurance.
- S'il répond "OUI" à l'une des questions, il doit remplir un Questionnaire de Santé.

La décision d'accepter ou de refuser le candidat dans l'assurance est prise par l'Assureur, après examen de ce questionnaire, complété éventuellement par des renseignements médicaux.

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'adhérent est prévenu que toute réticence, fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte, intentionnelle ou non, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

Les primes payées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

3•3 DROIT DE RENONCIATION

3•3•1 Délai pour exercer la faculté de renonciation

En cas de vente par démarchage

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L. 112-9 alinéa 1^{er} du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

L'assuré ne peut plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

En cas de vente à distance

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

Dans tous les cas

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance), l'Assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours. L'adhérent bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat, y compris en cas de vente en face à face.

3•3•2 Modalités de renonciation

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

Modèle de lettre de renonciation :

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

A..... Le

Signature

3•3•3 Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement sur le compte bancaire au nom de l'adhérent de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.

Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par Alptis Assurances de la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception ;
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception. L'assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

Les dispositions du présent article s'appliquent également en cas de modification des garanties conformément à l'article 4•2.

3•4 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

3•4•1 Prise d'effet de l'adhésion

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

- au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion au siège d'Alptis Assurances, pour le candidat à l'assurance qui a répondu négativement à toutes les questions de la déclaration d'état de santé ou pour le candidat à l'assurance de moins de 50 ans qui choisit la formule Dépendance lourde et qui a attesté les trois points de la demande d'adhésion.
- au plus tôt le lendemain de l'acceptation de l'Assureur, si le candidat à l'assurance a rempli un questionnaire de santé.

Après la conclusion de l'adhésion, le candidat à l'assurance a alors la qualité d'Assuré.

La date de conclusion de l'adhésion retenue est mentionnée sur le certificat d'adhésion, qui est adressé à l'assuré.

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

La notification de décision d'entrée dans l'assurance est matérialisée par un certificat d'adhésion.

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

3•4•2 Prise d'effet des garanties - délais d'attente

Le certificat d'adhésion précise à l'assuré, accepté dans l'assurance, la date d'effet des garanties.

Les garanties prennent effet à l'issue des délais d'attente (cf §12•9 Définitions) :

- les garanties du contrat sont acquises immédiatement en cas de dépendance d'origine accidentelle (cf §12•9 Définitions) postérieure à l'adhésion.
- dans les autres cas, un délai d'attente d'un (1) an à partir de la date d'adhésion est appliqué.
- ce délai est porté à trois (3) ans en cas de perte d'autonomie consécutive à des affections neuro-dégénératives ou psychiatriques dont la première constatation médicale survient avant l'expiration de cette période.

Tout sinistre survenant avant l'expiration du délai d'attente ne donne pas lieu à indemnisation.

En cas de survenance d'un sinistre non pris en charge pendant le délai d'attente, l'adhésion est résiliée et les cotisations versées sont remboursées à l'assuré, dans les 30 jours qui suivent le refus d'indemnisation, hors cotisations d'assistance, cotisations et droit d'entrée à l'association.

4•VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION

4•1 DURÉE DES GARANTIES

L'adhésion est conclue pour une période allant de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours suivant cette date, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

4•2 MODIFICATION DES GARANTIES

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

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

L'augmentation prend effet au 1^{er} janvier suivant sous réserve, pour le supplément de garantie, de l'acceptation de l'Assureur.

En cas de refus de la modification de la garantie par l'Assureur, l'assuré bénéficie alors de son niveau de garantie précédent.

Toutes les modifications de garanties à la hausse sont faites aux conditions de garanties et de cotisations en vigueur à la date d'effet de la modification.

4•3 ÉVOLUTION CONTRACTUELLE DES GARANTIES

Au 1^{er} janvier de chaque année, le montant des garanties est revalorisé par référence à l'évolution du point AGIRC constatée le 1^{er} janvier de l'année N-1 par rapport au 1^{er} janvier de l'année N-2, dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de revalorisation du contrat. Les garanties réduites sont également revalorisées annuellement selon les conditions ci-dessus.

4•4 CESSATION DES GARANTIES ET DE L'ADHESION

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

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

- en cas de non-paiement de la cotisation et si la durée de paiement des cotisations a été inférieure à 8 années, consécutives, conformément aux dispositions des articles 7 et 10•3 de la présente notice d'information ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'adhérent, notifiée par lettre recommandée, adressée au siège d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, deux mois avant la date de son échéance annuelle, ou avant le 1^{er} janvier si cette dénonciation fait suite à une augmentation du barème des cotisations ;
- en cas de dénonciation de son adhésion par l'adhérent suite à une modification du contrat d'assurance de groupe. L'assuré est informé par courrier des modifications apportées au contrat d'assurance de groupe trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Si l'assuré ne souhaite pas poursuivre son adhésion, il peut dénoncer son adhésion dans un délai de quatre-vingt jours suivant la connaissance de la modification. Son adhésion cesse à la date de prise d'effet de la modification du contrat d'assurance groupe ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois ;
- en cas de survenance d'une dépendance de l'assuré non prise en charge pendant le délai d'attente ;
- en cas de dénonciation du contrat groupe par l'association souscriptrice du contrat groupe ou l'Assureur. Toutefois, les garanties des assurés dont l'adhésion est antérieure à la date d'effet de la résiliation peuvent se poursuivre sous réserve d'en avoir fait la demande et de la poursuite du paiement des cotisations dans le cadre du contrat d'accueil ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation sauf si l'assuré demande la prise en charge d'un sinistre dans les conditions fixées à l'article 11•2 de la présente notice ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- à la date à laquelle la nullité de l'adhésion est prononcée en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré conformément à l'article 3•2•2 de la présente notice.

5•NATURE DES GARANTIES

Les garanties sont déterminées en fonction du niveau de dépendance et du choix de la formule et des options souscrites par l'adhérent.

Pour la formule Dépendance partielle et lourde, l'adhérent peut choisir d'ajouter deux options, telles que décrites au paragraphe Formule Dépendance partielle (Niveau 3) et lourde (Niveau 4) de la présente notice d'information.

Niveau de dépendance (cf §6)	Formule Dépendance lourde	Formule Dépendance partielle et lourde
Niveau 1	Assistance	Assistance
Niveau 2	Assistance	Assistance + option capital "Premières dépenses" * + option "Repos de l'aidant" **
Niveau 3 (dépendance partielle)	Assistance	Assistance Rente "dépendance partielle" + option capital "Premières dépenses" * + option "Repos de l'aidant" **
Niveau 4 (dépendance lourde)	Assistance + rente "dépendance lourde"	Assistance Rente "dépendance lourde" + option capital "Premières dépenses" * + option "Repos de l'aidant" **

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

**"Repos de l'aidant" : en option de la Formule Dépendance partielle et lourde.

Les montants garantis sont choisis par l'adhérent lors de son adhésion au contrat, parmi les choix suivants :

Couverture	Formule Dépendance lourde	Formule Dépendance partielle et lourde			
	Dépendance lourde Montant de la rente (€/mois)	Dépendance lourde Montant de la rente (€/mois)	Dépendance Partielle Montant de la rente (€/mois)	Capital premières dépenses	Option Repos de l'aidant
1	500 €	500 €	250 €	2 500 €	75 €/jour (10 jours max) ou 750 €/an
2	700 €	700 €	350 €	3 500 €	
3	900 €	900 €	450 €	4 500 €	
4	1 100 €	1 100 €	550 €	5 500 €	
5	1 300 €	1 300 €	650 €	6 500 €	
6	1 500 €	1 500 €	750 €	7 500 €	
7	1 800 €	1 800 €	900 €	9 000 €	
8	2 100 €	2 100 €	1 050 €	10 500 €	
9	2 400 €	2 400 €	1 200 €	12 000 €	
10	2 700 €	2 700 €	1 350 €	13 500 €	

Formule Dépendance lourde (conformément au label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE®)

Lorsque l'assuré est reconnu par l'Assureur en état de dépendance lourde, tel que défini à l'article 6•1, celui-ci lui verse une rente mensuelle viagère correspondant au montant choisi à l'adhésion, ou ultérieurement dans les conditions de l'article 4•2. Le montant de la rente mensuelle viagère choisi est au minimum de 500 euros et au maximum de 2 700 euros. La rente est payable mensuellement à terme échu.

Formule Dépendance partielle (niveau 3) et lourde (niveau 4)

- Lorsque l'assuré est reconnu par l'Assureur en état de dépendance lourde de niveau 4, tel que défini à l'article 6•2, celui-ci lui verse une rente mensuelle viagère correspondant au montant choisi à l'adhésion, ou ultérieurement dans les conditions de l'article 4•2. Le montant de la rente mensuelle viagère choisi est au minimum de 500 euros et au maximum de 2 700 euros. La rente est payable mensuellement à terme échu.
- Lorsque l'assuré est reconnu par l'Assureur en état de dépendance partielle de niveau 3, tel que défini à l'article 6•3, celui-ci lui verse une rente mensuelle viagère correspondant au montant choisi à l'adhésion, ou ultérieurement dans les conditions de l'article 4•2. Le montant de la rente mensuelle viagère choisi est au minimum de 250 euros et au maximum de 1 350 euros. La rente est payable mensuellement à terme échu.

L'adhérent ayant souscrit la formule Dépendance partielle et lourde peut compléter sa garantie en souscrivant deux garanties optionnelles : "capital premières dépenses" et la prestation "repos de l'aidant".

Ces deux garanties sont indépendantes : l'une peut être souscrite sans l'autre.

Ces deux garanties doivent être souscrites obligatoirement lors de l'adhésion initiale au contrat.

L'adhérent ayant souscrit uniquement la formule Dépendance lourde ne peut pas opter pour les garanties optionnelles.

Option "capital premières dépenses"

Lorsque l'assuré est reconnu en état de dépendance de niveau 2, 3 ou 4, l'Assureur lui verse un capital destiné à faire face aux premières dépenses (matériel spécialisé, aménagement du domicile...) dont le montant dépend de celui choisi à l'adhésion ou ultérieurement dans les conditions de l'article 4•2.

Le montant du capital est au minimum de 2 500 euros et au maximum de 13 500 euros.

Le montant choisi par l'assuré pour cette option, doit être proportionnel à celui de la rente formule Dépendance partielle et lourde. Ce capital est versé en une seule fois au cours de l'adhésion.

Le capital est également versé en cas de reconnaissance de l'assuré en état de dépendance partielle de niveau 3 ou de dépendance lourde (niveau 4) s'il n'a pas été versé au titre d'un niveau précédent.

Option "repos de l'aidant"

Lorsque l'assuré est reconnu en état de dépendance de niveaux 2, 3 ou 4, l'Assureur prend en charge, une fois par an, le coût du placement de l'assuré, habituellement à domicile, dans une structure d'accueil spécialisée pour une durée de 10 jours, sur la base de 75 euros par jour. Si l'assuré dépendant est hébergé en institution ou hospitalisé de manière définitive, cette prise en charge est remplacée par une majoration de la rente viagère de 750 euros par an, quel que soit le niveau de couverture.

Prestations d'assistance (formules : Dépendance lourde, Dépendance partielle et lourde)

Quelle que soit la formule choisie, des prestations d'assistance garanties auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL sont délivrées à l'assuré en cas de dépendance (cf. CONDITIONS GÉNÉRALES - Assistance).

6• DÉFINITION DES NIVEAUX DE DÉPENDANCE

6•1 FORMULE DÉPENDANCE LOURDE : DÉFINITION CONFORMÉMENT AU LABEL GAD ASSURANCE DÉPENDANCE®

L'assuré est dans l'incapacité totale et définitive d'effectuer seul un certain nombre des **cinq Actes de la Vie Quotidienne**, dénommés AVQ, définis ci-dessous, y compris avec l'utilisation d'aides techniques adaptées.

Les **cinq** actes de la vie quotidienne (AVQ) retenus pour qualifier la dépendance lourde sont les suivants :

1•Transferts : passer de chacune des trois positions, debout / assis / couché à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir.

2•Déplacement à l'intérieur : se déplacer en intérieur sur une surface plane.

3•Alimentation : manger des aliments préalablement servis et coupés ainsi que boire.

4•Toilette : se laver l'ensemble du corps et assurer l'hygiène de l'élimination tout en satisfaisant à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.

5•Habillage : mettre et retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

L'assuré est reconnu médicalement en état de dépendance lourde s'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive, médicalement constatée par le Médecin conseil de l'Assureur, d'accomplir seul c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers :

Quatre des **cinq** actes de la vie quotidienne (AVQ) précités

Ou

En cas d'altération de ses fonctions cognitives, il a constamment besoin d'être surveillé pour la réalisation d'au moins deux des cinq AVQ et le résultat au test cognitif "Mini Mental State Examination" de Folstein est inférieur ou égal à 10.

Ou

En cas d'Incapacité totale et définitive, il ne peut accomplir seul au moins trois des cinq AVQ et le résultat au test cognitif "Mini Mental State Examination" de Folstein est inférieur ou égal à 15.

L'assuré doit présenter un état de santé consolidé pour lequel la réduction des facultés fonctionnelles et/ou cognitives est jugée permanente et irréversible. L'assuré bénéficie également de prestations d'assistance dès lors qu'il est reconnu en état de dépendance lourde ; ces prestations sont versées au titre du contrat d'assistance souscrit par les associations Alptis Seniors et Apti auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

6•2 FORMULE DÉPENDANCE PARTIELLE ET LOURDE : DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE LOURDE (NIVEAU 4)

La définition de la dépendance lourde de niveau 4 est identique à celle définie au § 6•1 de la formule Dépendance lourde.

L'assuré bénéficie également de prestations d'assistance dès lors qu'il est reconnu en état de dépendance lourde, ces prestations sont versées au titre du contrat d'assistance souscrit par les associations Alptis Seniors et Apti auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

6•3 FORMULE DÉPENDANCE PARTIELLE ET LOURDE : DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE PARTIELLE (NIVEAU 3)

La **dépendance partielle** de niveau 3 correspond à l'état de l'assuré qui est incapable d'effectuer **quatre** des **six** actes de la vie quotidienne, définis ci-dessous.

Les **six** actes de la vie quotidienne (AVQ) retenus pour qualifier la **dépendance partielle** sont définis de la manière suivante :

1•Transferts : passer de chacune des trois positions debout / assis / couché à l'autre, dans les deux sens, se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir.

2•Déplacement à l'intérieur : se déplacer en intérieur sur une surface plane.

3•Alimentation : manger des aliments préalablement servis et coupés ou boire.

4•Toilette : se laver l'ensemble du corps en satisfaisant à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.

5•Habillage : mettre et retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

6•Contenance : capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale y compris en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux.

L'assuré doit présenter un état de santé consolidé pour lequel la réduction de ses facultés fonctionnelles et/ou cognitives est jugée permanente et irréversible.

Si la dépendance est d'origine psychique ou mentale, celle-ci devra être documentée par les résultats d'un "Mini Mental State Examination" de Folstein.

6•4 DÉFINITION DES AUTRES NIVEAUX DE DÉPENDANCE

La dépendance de niveau 2 correspond à l'état de l'assuré qui est incapable d'effectuer **trois** des **six** actes de la vie quotidienne.

La dépendance de niveau 1 correspond à l'état de l'assuré qui est incapable d'effectuer **deux** des **six** actes de la vie quotidienne.

Le niveau 1 de dépendance ne donne pas lieu à prestations au titre du contrat.

Cependant, l'assuré en dépendance de niveaux 2 et 1 bénéficie de prestations d'assistance au titre du contrat souscrit par les associations Alptis Seniors et Apti auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

6•5 MODIFICATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE

Le niveau de dépendance de l'assuré, reconnu et consolidé, peut s'aggraver. En fonction de l'aggravation de son état de santé, l'assuré devra constituer un nouveau dossier médical. L'indemnisation de l'assuré au titre de l'aggravation du niveau de dépendance intervient dès la reconnaissance par l'Assureur du nouvel état de dépendance.

En aucun cas l'Assureur n'est lié par les éventuelles décisions des services publics ou des organismes de sécurité sociale pour déterminer le niveau de dépendance de l'assuré.

7• RÉDUCTION DES GARANTIES

Si les cotisations ont été payées pendant huit années consécutives par l'assuré, le non-paiement des cotisations ou la résiliation de l'adhésion engendrent une réduction des garanties. La réduction des garanties au-delà de huit années de cotisations peut également être demandée par l'adhérent, sans justificatif. Le montant des garanties de l'assuré est réduit par application d'un coefficient fixé en fonction du nombre exact de cotisations acquittées. Ce calcul de réduction est effectué selon le barème en vigueur lors de la réduction. Le barème de mise en réduction est révisable annuellement dans les mêmes conditions que les cotisations d'assurance. Après mise en réduction, l'assuré ne bénéficie plus des prestations d'assistance, ni des garanties "capital premières dépenses" et "repos de l'aidant". Aucune valeur de rachat n'est prévue au titre du présent contrat.

Le barème de mise en réduction figure en annexe 2 de la présente notice.

8•ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises en France métropolitaine ou dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) **à l'exclusion de Mayotte**, et dans le monde entier lors de séjour n'excédant pas deux mois. Toutefois, les prestations Rente dépendance, Capital premières dépenses et Repos de l'aidant ne sont versées que si l'état de dépendance est constaté médicalement en France métropolitaine, dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) **à l'exclusion de Mayotte**. Si l'accident (cf §12•9 Définitions) ou la maladie entraînant un état de dépendance est survenu à l'étranger, les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

9•EXCLUSIONS DE GARANTIES

Ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties, les sinistres résultant et/ou provenant :

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

10•COTISATIONS

10•1 MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion ainsi que des formules et des options de garanties choisies telles que définies à l'annexe 1.

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'assuré.

En cas d'adhésion simultanée du conjoint (cf §12•9 Définitions) à la même formule de garantie et aux mêmes options, une réduction est appliquée sur les deux cotisations, sous réserve de l'acceptation dans l'assurance des deux candidats et en l'absence de renonciation de l'un d'eux à son adhésion. Cette réduction s'applique aussi au couple ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

En cas de décès ou de dépendance ouvrant droit à la prise en charge au titre du présent contrat de l'un des deux membres du couple garantis par le contrat, la réduction "couple" est maintenue pour l'assuré survivant ou non dépendant, sous réserve du paiement des cotisations.

Cet abattement tarifaire ne pourra être maintenu en cas de résiliation de l'un des contrats (sauf si celle-ci résulte du décès d'un des conjoints) ou en cas de réduction de l'un des deux contrats.

10•2 PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Le paiement des cotisations se fait par prélèvement automatique d'un compte bancaire ouvert au nom de l'adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union européenne, sans frais.

10•3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'a pas pu être prélevée dans un délai minimum de 10 jours à compter de son échéance ou si l'adhérent qui a exercé le droit à remboursement de son prélèvement n'a pas régularisé le paiement de sa cotisation ou fraction de cotisation, il lui sera adressé un courrier recommandé de mise en demeure l'informant que le non-paiement entraîne :

- soit la résiliation de l'assurance, si moins de 8 années consécutives de cotisations ont été payées. L'adhésion est résiliée et les garanties prennent fin 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation est restée impayée à cette échéance.
- soit la mise en réduction des garanties si au moins 8 années consécutives de cotisations ont été payées (cf. article 7).

10•4 REVALORISATION ANNUELLE DES COTISATIONS

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

Les assurés en sont informés au plus tard trois mois avant la date de renouvellement de leur adhésion étant convenu que le nouveau montant de cotisation s'applique à cette échéance.

En cas de désaccord, les assurés ont la possibilité de modifier leurs garanties conformément à l'article 4•2 ou bien de dénoncer l'adhésion au plus tard à la date d'effet de la ou des modifications.

10•5 MODIFICATION DU TARIF EN FONCTION DES RÉSULTATS DU CONTRAT

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

Dans ce cas, Alptis Assurances en informe les assurés, trois mois avant la modification du montant de la cotisation.

11•PAIEMENT DES PRESTATIONS

11•1 FRANCHISE

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise (cf §12•9 Définitions) de 3 mois continus décompté à partir de la date de reconnaissance médicale de l'état de dépendance de l'assuré par l'Assureur.

11•2 FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

L'assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, gestionnaire du contrat les pièces suivantes :

- un formulaire de demande de prestations signé par l'assuré ou par son représentant légal ;
- les justificatifs suivants :
 - un imprimé "attestation médicale d'état de dépendance" (document fourni par l'Assureur) rempli éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou de l'entourage, signé de l'assuré ou de son représentant légal et adressé sous pli fermé "secret médical confidentiel" à l'attention du médecin conseil de l'Assureur, aux bons soins d'Alptis Assurances,
 - une notification de la Sécurité sociale plaçant l'assuré en invalidité 3^e catégorie ; à défaut, la notification d'attribution par les Pouvoirs publics d'une prestation dépendance avec mention du groupe Iso-ressources retenu. Ce renseignement a une valeur indicative pour l'Assureur qui effectue sa propre évaluation du niveau de dépendance de l'assuré,
 - le cas échéant, des résultats récents d'un "Mini Mental State Examination" de Folstein,
 - ceux des justificatifs suivants qui correspondent à la situation de l'assuré ;
- **en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement** : attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour ;
- **en cas de maintien à domicile** : certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile accompagné de justificatifs de l'emploi ou l'intervention d'une tierce personne (cf §12•9 Définitions) si celle-ci est rémunérée, de justificatifs d'emploi (avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emploi-services) ;
- **en cas de dépendance consécutive à un accident (cf §12•9 Définitions) survenu au cours du délai d'attente (cf §12•9 Définitions)**, tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec la dépendance.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'Assureur peut également indiquer à l'assuré des pièces justificatives à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code Civil. Il peut également demander de faire visiter, par un médecin de son choix, tout assuré demandant à bénéficier des prestations. En cas de refus de l'assuré, il ne peut y avoir indemnisation.

Au cours du paiement de la prestation, l'Assureur se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance de l'assuré. En cas de refus de l'assuré, le paiement de la prestation cesse (cf §11•4).

11•3 REVALORISATION DES RENTES EN COURS

Au 1^{er} janvier de chaque année, le montant des rentes en cours de paiement est revalorisé par référence à l'évolution du point AGIRC constatée le 1^{er} janvier de l'année N-1 par rapport au 1^{er} janvier de l'année N-2, dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de revalorisation du contrat.

11•4 LITIGES D'ORDRE MÉDICAL

L'Assureur se réserve le droit de soumettre tout assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat, ainsi qu'en cours de versement des rentes à un examen médical de contrôle auprès d'un médecin de son choix.

Si l'assuré se refuse au contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification d'un changement d'adresse, le service des prestations est suspendu à son égard 10 jours après envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée, par Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, au dernier domicile connu de l'Assuré.

11•5 PROCÉDURE DE CONCILIATION - TIERCE EXPERTISE

En cas de refus de prise en charge, l'assuré peut contester la décision de l'Assureur. Dans ce cas, il doit faire parvenir au médecin conseil de l'Assureur un certificat médical détaillant les pathologies justifiant une perte d'autonomie au regard des critères contractuels de reconnaissance de l'état de dépendance. Il peut également joindre une lettre demandant de bénéficier d'un examen médical de son état de santé ou, si ce contrôle avait déjà été réalisé, demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation en s'engageant à avancer les honoraires du tiers expert.

Dans ce dernier cas, le médecin de l'assuré et le médecin conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'assuré. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre. L'Assureur invite son médecin conseil et le médecin de l'assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen. Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

12• DISPOSITIONS DIVERSES

12•1 LUTTE ANTI BLANCHIMENT

Comme toute compagnie d'assurance, CNP Assurances est soumise au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier modifié par l'ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009. C'est pourquoi, l'Assureur a l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de leurs contrats d'assurance. Ces informations sont recueillies par Alptis Assurances pour le compte de l'Assureur qui peut y accéder en application de la réglementation.

12•2 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

12•3 RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du présent contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

Pour toute réclamation relative à l'admission, l'assuré peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Service Souscription/Réclamations - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

Pour toute autre réclamation, notamment celle relative à un sinistre, l'assuré peut s'adresser à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69003 LYON.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'assuré pourra s'adresser au Médiateur de CNP Assurances - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

12•4 ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et d'Alptis Assurances.

12•5 FONDS DE GARANTIE

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

12•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 des articles suivants du Code des Assurances.

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

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

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

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 L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'assuré en, outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code des assurances.**

"En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
 - l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
 - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (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.
- À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (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)."

12•7 SUBROGATION

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

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

12•8 INFORMATION ANNUELLE

Il est communiqué chaque année à l'adhérent/assuré :

- le montant de ses cotisations ;
- le montant de ses garanties et leur revalorisation.

12•9 DÉFINITIONS

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ADHÉRENT OU ASSURÉ : personne physique de moins de 76 ans qui adhère à l'une des associations souscriptrices du contrat groupe, qui réside en France métropolitaine ou dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) à l'exclusion de Mayotte, et sur laquelle repose l'assurance.

AFFECTION DE LONGUE DURÉE : les affections de longue durée sont les affections ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur répondant aux dispositions des articles L 322-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de leurs décrets d'application.

ALTÉRATION DES FONCTIONS COGNITIVES : l'existence d'un déficit cognitif sévère est appréciée par la nécessité de la personne de recourir constamment à la surveillance ou l'incitation d'un tiers pour réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne tels que définis précédemment. L'appréciation du déficit cognitif peut être validée par des tests complémentaires.

ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE : par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide ménagère, comme les courses ou le ménage.

CONJOINT : c'est la personne avec laquelle l'assuré est marié, ou a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou vit en concubinage (article 515-8 du Code civil).

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 de l'adhésion portée au certificat d'adhésion (ou la date de remise en vigueur des garanties ou la date d'augmentation des garanties).

DÉPENDANCE D'ORIGINE PSYCHIQUE OU MENTALE : impossibilité d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne, de façon spontanée et sans incitation, à la suite d'une démence, médicalement constatée et documentée d'un "Mini Mental State Examination" de Folstein.

FRANCHISE : période débutant à la date de reconnaissance de la dépendance et à l'issue de laquelle l'adhérent assuré commence à bénéficier des prestations.

INCAPACITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE À RÉALISER UN ACTE ÉLÉMENTAIRE DE LA VIE QUOTIDIENNE : l'incapacité à réaliser un Acte élémentaire de la Vie Quotidienne est avérée lorsque la personne est totalement et définitivement incapable de réaliser cet acte, de manière spontanée (i.e. en dehors de toute incitation extérieure), habituelle, à bon escient, sans l'aide d'un tiers. L'incapacité totale et définitive à réaliser un Acte élémentaire de la Vie Quotidienne doit être réputée irréversible au moment de l'évaluation.

MALADIE : toute altération de l'état de santé de l'assuré d'origine non traumatique constatée par une autorité médicale reconnue.

MÉDECIN CONSEIL : le Médecin conseil de l'assureur est le médecin chargé d'évaluer l'état de santé de la personne à la demande de l'organisme d'assurance. Comme tout médecin, il est soumis au code de déontologie médicale et au secret professionnel.

PRESTATION DE TYPE INVALIDITÉ (À LAQUELLE IL EST FAIT RÉFÉRENCE DANS LES FORMALITÉS MÉDICALES) : cette formulation couvre l'une des pensions suivantes :

- Pension d'invalidité civile (versée par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé) ou militaire.
- Pension d'inaptitude à l'exercice de la profession.
- Allocation Adulte Handicapé.
- Pension d'Accident du Travail ou Maladie Professionnelle.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ : questionnaire complémentaire de la proposition d'assurance rempli de bonne foi par la personne à assurer, faisant apparaître tout accident ou maladie à la date de l'adhésion. Le questionnaire de santé est adressé sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'assureur. Il sert de base à l'évaluation du risque.

RENTE : prestation garantie versée périodiquement à l'assuré, tant que son état de dépendance est reconnu et au plus tard jusqu'à son décès.

ANNEXES

ANNEXE 1 : COTISATIONS MENSUELLES

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

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS HORS ASSISTANCE				
Age à l'adhésion	Formule Dépendance lourde	Formule Dépendance partielle et lourde		
	Rente dépendance lourde : 100 € par mois	Rente dépendance lourde : 100 € par mois Rente dépendance partielle : 50 € par mois	Option Capital premières dépenses : 500 €	Option Repos de l'aidant
51 ans et moins	2,64	3,30	0,49	5,42
52	2,76	3,45	0,52	5,65
53	2,88	3,60	0,54	5,91
54	3,02	3,77	0,57	6,18
55	3,00	3,75	0,60	6,45
56	3,14	3,93	0,62	6,75
57	3,29	4,11	0,66	7,06
58	3,45	4,31	0,69	7,40
59	3,62	4,52	0,73	7,75
60	3,80	4,75	0,77	8,13
61	3,99	4,98	0,81	8,52
62	4,18	5,23	0,86	8,94
63	4,40	5,50	0,91	9,40
64	4,63	5,79	0,96	9,86
65	4,87	6,09	1,02	10,36
66	5,38	6,73	1,08	10,89
67	5,67	7,09	1,14	11,45
68	5,99	7,48	1,21	12,04
69	6,31	7,89	1,29	12,67
70	6,66	8,33	1,38	13,35
71	7,04	8,79	1,47	14,06
72	7,46	9,32	1,57	14,84
73	7,91	9,89	1,69	15,66
74	8,39	10,49	1,81	16,54
75	8,91	11,14	1,94	17,50
76	9,63	12,03	2,09	18,90

Les cotisations ci-dessus doivent être multipliées par l'un des coefficients suivants en fonction du montant de la rente mensuelle et du capital premières dépenses choisies, sauf pour l'option "Repos de l'aidant".

Couverture	Coefficient multiplicateur	Formule Dépendance lourde	Formule Dépendance partielle et lourde		
		Dépendance lourde Montant de la rente mensuelle	Dépendance lourde Montant de la rente mensuelle	Dépendance Partielle Montant de la rente mensuelle	Capital premières dépenses
1	5	500 €	500 €	250 €	2 500 €
2	7	700 €	700 €	350 €	3 500 €
3	9	900 €	900 €	450 €	4 500 €
4	11	1 100 €	1 100 €	550 €	5 500 €
5	13	1 300 €	1 300 €	650 €	6 500 €
6	15	1 500 €	1 500 €	750 €	7 500 €
7	18	1 800 €	1 800 €	900 €	9 000 €
8	21	2 100 €	2 100 €	1 050 €	10 500 €
9	24	2 400 €	2 400 €	1 200 €	12 000 €
10	27	2 700 €	2 700 €	1 350 €	13 500 €

À ces cotisations s'ajoutent :

- la cotisation d'association de 1 € par mois et par dossier,
- la cotisation d'assistance de 1,60 € par mois pour l'assuré (adhérent principal et conjoint),
- le droit d'entrée à l'association de 11 € (cette somme est perçue une seule fois lors de l'adhésion).

Exemple 1 :

Pour une Formule Dépendance lourde avec un niveau de rente en dépendance lourde de 500 € à 60 ans :

$3,80 € * 5 + 1,60 €$ (assistance) $+ 1 €$ (association) = 21,60 € par mois

Exemple 2 :

Pour une formule Dépendance partielle et lourde avec un niveau de rente en dépendance lourde de 1 800 € à 55 ans avec option "Capital premières dépenses" et option "Repos de l'aidant" :

$(3,75 € + 0,60) * 18 + 6,45 € + 1,60 €$ (assistance) $+ 1 €$ (association) = 87,35 € par mois

ANNEXE 2 : BARÈME DE RÉDUCTION

Barème de réduction des garanties depuis le 1^{er} octobre 2014 (pour un nombre entier d'années de cotisations)*.

Durée de paiement des cotisations	Coefficient de maintien
8 ans	17 %
9 ans	20 %
10 ans	22 %
11 ans	24 %
12 ans	26 %
13 ans	28 %
14 ans	30 %
15 ans	32 %
16 ans	34 %
17 ans	36 %
18 ans	38 %
19 ans	40 %
20 ans	42%
21 ans	44%
22 ans	46%
23 ans	48%
24 ans	50%
25 ans	52%
26 ans	54%
27 ans	56%
28 ans	58%
29 ans	60%
30 ans	62%
> 30 ans	62%

*Si la durée exacte de cotisations est de 9 ans et 6 mois, le coefficient de maintien est de 21 %, etc.

Les prestations d'assistance du contrat d'assurance dépendance Alptis définies ci-après, sont assurées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre au numéro 433 012 689 - Siège social : 108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX.

L'assuré peut bénéficier des prestations d'assistance dès son adhésion au contrat d'assurance dépendance Alptis et aussi longtemps qu'il est assuré à ce titre sauf après la réduction de ses garanties.

L'Assuré doit avoir sa résidence principale en France métropolitaine ou dans un DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) **à l'exclusion de Mayotte.**

DÉFINITIONS

Actes de la vie quotidienne : les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) sont au nombre de 6 et permettent d'évaluer le niveau de dépendance : Transferts, Déplacements à l'intérieur, Alimentation, Toilette, Habillage, Continence (cf page 7 § 6•3).

Animaux de compagnie : animaux considérés usuellement comme "familiers", tels que chiens et chats.

Assuré aidant : l'assuré est aidant d'un proche dépendant (conjoint, parents ou beaux-parents). La dépendance du proche est reconnue sous réserve de la réception d'une attestation APA pour un état de dépendance à partir du niveau 3 (Impossibilité d'effectuer 4 à 6 actes de la vie quotidienne sur 6).

Bénéficiaires : l'adhérent ou ses proches parents pouvant bénéficier des prestations d'assistance, sous réserve des cas particuliers propres à chacune d'elles.

Proches parents : ascendants et descendants au 1^{er} degré, conjoint ou partenaire ayant conclu un PACS ou concubin notoire.

Sinistre : tout événement justifiant l'intervention de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**.

Titre de transport : pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe touriste.

1•COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

FILASSISTANCE INTERNATIONAL est accessible du lundi au vendredi de 9 h 00 à 20 h 00 (et 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente) et délivre les prestations en France métropolitaine ou dans un DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) **à l'exclusion de Mayotte.**

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** au numéro de téléphone figurant sur le certificat d'adhésion de l'assuré, afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une mise en œuvre des prestations.

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

Les prestations d'informations sont uniquement téléphoniques et ne font en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique est alors pris sous 48 heures.

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

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

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, le bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais doit obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** jugerait utile (notamment, certificats médicaux, attestation APA).

Toute fraude, falsification ou faux témoignage entraîne automatiquement la nullité de cette assistance.

Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** ait été amenée à déclencher une intervention alors que la personne assistée n'était plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés lui seraient refacturés, de même si la personne assistée avait volontairement fourni de fausses informations sur les causes l'amenant à demander l'intervention de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à l'intervention d'assistance.

2•LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

2•1 ÉCOUTE, CONSEILS, INFORMATIONS VIE PRATIQUE

Sur simple appel téléphonique de l'assuré, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** :

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

2•2 INFORMATIONS SUR LA DÉPENDANCE

En cas de dépendance d'un des proches de l'assuré, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** communique toutes les informations dont celui-ci a besoin (droits, démarches à effectuer) et le met en contact le cas échéant avec les organismes concernés.

2•3 AIDE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER

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

2•4 RECHERCHE D'ÉTABLISSMENTS SPÉCIALISÉS

FILASSISTANCE INTERNATIONALE indique à l'assuré les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir en long séjour ou temporairement ses proches devenus dépendants (sous réserve des possibilités d'accueil et de l'accord de l'établissement).

2•5 ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Lors de la survenance de la dépendance d'un des proches de l'assuré, **FILASSISTANCE INTERNATIONALE** peut le mettre en relation avec une plateforme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales... destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

2•6 BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

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

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

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

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

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

- de prévention afin de limiter notamment les hospitalisations ou les rechutes,
- de rééducation,
- de réadaptation afin d'améliorer son indépendance.

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

Les frais engagés suite au diagnostic réalisé par téléphone sont à la charge de l'assuré (ou à celle de ses proches).

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

De plus, lors des entretiens téléphoniques, l'équipe de **FILASSISTANCE INTERNATIONALE** aide l'assuré (ainsi que ses proches) :

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

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

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

2•7 BILAN PRÉVENTION MÉMOIRE

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

FILASSISTANCE INTERNATIONALE écoute, informe et accompagne l'assuré (ainsi que ses proches) selon le niveau de déficit cognitif et le mode de vie.

FILASSISTANCE INTERNATIONALE s'appuie sur son équipe pluridisciplinaire (composée de médecins, de psychologues cliniciens, d'assistantes sociales et de chargés d'assistance spécialisés), sur les réseaux locaux et les différents dispositifs d'aide existants (groupe de parole, atelier mémoire, hébergement temporaire...), sur ses partenaires externes et sur son Conseil Scientifique et Éthique Senior.

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

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

2•8 BILAN DE PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DE L'INCONTINENCE

L'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE INTERNATIONALE** composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'assuré pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques. Elle délivre également des conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner l'assuré dans ses démarches. Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale pourra orienter l'assuré vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE INTERNATIONALE pourra également lui indiquer les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son domicile.

2•9 PRÉVENTION DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES

FILASSISTANCE INTERNATIONALE, sur simple appel téléphonique de l'assuré, l'informe sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, l'assuré pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

2•10 PRESTATIONS “AIDE À L’AIDANT”

Ces prestations sont destinées à l’assuré aidant dès l’adhésion et également accessibles en cas de dépendance de l’assuré et destinées à l’un de ses proches aidants.

BILAN 360° DE L’AIDANT

À la demande sur simple appel de l’assuré aidant, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** peut lui proposer un bilan “360° de l’aidant”. Ce bilan permet d’analyser la situation de “couple” aidant / dépendant et de proposer les solutions adéquates. **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** s’engage à effectuer téléphoniquement un bilan global de la situation pour l’assuré aidant et son proche aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l’entourage, des ressources financières, etc.

En fonction de la situation rencontrée et des besoins, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, informe et oriente ses réponses selon les thématiques suivantes :

- Écoute.
- Habitat.
- Informations / formations.
- Prévention santé.
- Organisation vie au domicile / coordination.
- Répit.
- Juridique.
- Financier.

FORMATION DE L’AIDANT

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge une formation de 4 à 8 heures des assurés aidants sur la dépendance de leur proche aidé (les bons gestes, ce à quoi il faut faire attention, les aspects psychologiques, etc).

FILASSISTANCE INTERNATIONAL aide à la recherche de l’organisme de formation et prend en charge la formation de l’assuré aidant à hauteur de 8 heures lorsque celui-ci est confronté à la dépendance d’un proche (à partir du niveau 3 de dépendance : Impossibilité d’effectuer 4 à 6 actes de la vie quotidienne sur 6) dont il est aidant, avec un maximum de 300 euros par formation.

L’évaluation de la dépendance de l’aidé (mère, père, conjoint et enfants de l’assuré) est faite téléphoniquement par la plateforme de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**.

Cette prestation est également accessible en cas de dépendance de l’assuré et destinée à l’un de ses proches aidants.

GARDE DU DÉPENDANT EN CAS D’HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L’ASSURÉ AIDANT (consécutifs ou discontinus sur 1 mois)

Dès lors que l’absence de l’assuré aidant aux côtés de son proche aidé dépendant porte préjudice à la vie quotidienne de ce dernier (*lorsque l’assuré aidant se rend régulièrement, au domicile de son proche aidé, au minimum 3 fois par semaine*), **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** organise et prend en charge la garde de l’aidé à hauteur de 15 heures d’auxiliaire de vie sur 5 jours.

OU

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise la venue d’un proche de l’aidant pour pallier l’absence de l’assuré aidant auprès de son aidé en organisant et en prenant en charge le **transport de celui-ci (à savoir un titre de transport aller/retour)**.

GARDE DU DÉPENDANT EN CAS DE DÉCÈS DE L’ASSURÉ AIDANT

Dès lors que le décès de l’assuré aidant vivant aux côtés de son proche aidé dépendant porte préjudice à la vie quotidienne de ce dernier (*lorsque l’assuré aidant se rendait régulièrement, au domicile de son proche aidé, au minimum 3 fois par semaine*), **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** organise et prend en charge l’intervention d’une auxiliaire de vie, à hauteur de 15 heures réparties sur 5 jours.

OU

Organise et prend en charge la venue d’un proche de l’aidant, pour pallier sa disparition, auprès de son aidé (organisation et prise en charge du transport (à savoir un titre de transport aller/retour) et des frais d’hébergement à hauteur d’une prise en charge maximale de 250 euros).

3•PRESTATIONS D’ASSISTANCE ACCESSIBLES À PARTIR DU NIVEAU 2 DE DÉPENDANCE

Impossibilité d’effectuer 3 actes de la vie quotidienne sur 6. En plus des prestations définies page précédente, sont également prévues :

3•1 ADAPTATION DU DOMICILE

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

De plus, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** peut rechercher des entreprises pour faire établir des devis en vue de cette adaptation et si l’assuré le souhaite, le mettre en relation avec elles.

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

3•2 ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS LA NUIT, LES SAMEDI, DIMANCHE ET JOURS FERIÉS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise l’acheminement au domicile de l’assuré des médicaments indispensables à son traitement immédiat selon une prescription médicale, s’il est dans l’incapacité physique de se déplacer et qu’aucun membre de son entourage ne peut intervenir.

Les frais engagés (portage et médicaments) restent à la charge de l’assuré.

3•3 PORTAGE DES REPAS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise pour l’assuré des services de portage de repas.

Les frais engagés (portage et repas) restent à la charge de l’assuré.

3•4 TÉLÉASSISTANCE

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

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

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

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

3•5 BILLET DE VISITE OU GARDE

Lors du retour au domicile, après une hospitalisation de plus de 4 jours, si l'assuré est seul, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** :

- soit, met à la disposition d'un proche un titre de transport, aller et retour, afin que ce dernier se rende à son chevet (dans la limite de deux interventions par an) et rembourse également les frais d'hôtel (hors frais de restauration) à concurrence de 45 € par nuit, avec un maximum par séjour de 230 €. **Le billet de visite est accordé sous réserve que le trajet ait lieu en France métropolitaine ou dans le département de résidence pour les DOM.**
- soit, recherche et prend en charge, si l'assuré est seul, **une garde malade dans la limite de 15 heures, pendant les 5 jours qui suivent le retour au domicile de celui-ci.**
La prise en charge se limite à une seule intervention par année d'assurance.

3•6 AIDE MÉNAGÈRE

Lors de son retour au domicile après une hospitalisation de plus de 4 jours, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** organise, pour l'assuré, la venue d'une aide et prend en charge sa rémunération à raison de 30 heures au plus, réparties sur 10 jours ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour (avec un maximum de 60 heures par an). Le nombre d'heures prises en charge est apprécié, selon les besoins de celui-ci, par l'équipe médicale de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**.

Des justificatifs (certificats médicaux, justificatifs d'hospitalisation...) lui seront éventuellement demandés.

3•7 GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge la garde des animaux domestiques de l'assuré, pendant ou suite à une hospitalisation supérieure à 4 jours.

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

4•PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À PARTIR DU NIVEAU 3 DE DÉPENDANCE

Impossibilité d'effectuer 4 à 6 actes de la vie quotidienne sur 6. En complément des prestations décrites dans les pages précédentes délivrées dans les mêmes conditions, sont également prévues :

4•1 TÉLÉASSISTANCE

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

4•2 ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

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

4•3 AUXILIAIRE DE VIE

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

4•4 ENTRETIEN DU DOMICILE ET AUTRES TRAVAUX DIVERS

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

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne pourra être tenu pour responsable des travaux effectués par le prestataire que l'assuré aura contacté. Les frais engagés restent à la charge de l'assuré.

4•5 TÉLÉSÉCURITÉ - PRÉVENTION VOL

FILASSISTANCE INTERNATIONAL renseigne l'assuré sur les alarmes d'habitation et la télésurveillance et, si celui-ci le souhaite, le met en relation avec une société qui installera le matériel de télésécurité.

Les coûts d'installation et d'abonnement sont à la charge de l'assuré.

4•6 ASSISTANCE DÉMÉNAGEMENT

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise le déménagement de l'assuré et si son état de dépendance rend indispensable un changement de domicile ou si il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

Les frais engagés restent à votre charge.

4•7 SUIVI DE LA QUALITÉ DE VIE DE L'ASSURÉ

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

4•8 MISE À DISPOSITION DE MATÉRIEL ADAPTÉ

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

FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à la disposition de l'assuré un appareil de téléassistance tel que défini ci-dessus, et prend en charge les 3 premiers mois d'abonnement (ou 3 mois d'abonnement si l'appareil est déjà installé chez l'assuré).

4•9 MISE À DISPOSITION D'UN COIFFEUR À DOMICILE

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

4•10 SERVICE SOUTIEN DE LA MÉMOIRE

En complément du bilan Prévention Mémoire, en cas de vieillissement normal de la mémoire de l'assuré, celui-ci peut bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé.

Ce programme d'une durée de 6 mois, basé sur des exercices spécifiques conçus et réalisés par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** avec l'appui de partenaires reconnus, a plusieurs objectifs :

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

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

5•QUELLES SONT LES EXCLUSIONS ?

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les exclusions listées au paragraphe 9 de la partie Garantie Dépendance n'entraînent aucune prestation de la part de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**.

Sont également exclus les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative de l'Assuré sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (sauf en cas de force majeure).

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut pas être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- par la mobilisation générale,
- par réquisition des hommes et du matériel par les autorités,
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc,
- par les cataclysmes naturels,
- par les effets de la radioactivité,
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat,
- par les interdictions décidées par les autorités légales.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

6•INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés", modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Correspondant CNIL, 108 Bureaux de la Colline 92210 SAINT-CLOUD. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

7•CONTRÔLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

8•PROTECTION JURIDIQUE DÉPENDANCE

8•1 DÉFINITION

La protection juridique consiste à prendre en charge des frais de procédures ou à fournir des services découlant de la couverture assurance dépendance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers (art. L. 127-1 du Code des assurances).

Pour l'application de la présente garantie, on entend par :

Conflit d'intérêts : lorsque nous devons simultanément défendre les intérêts de l'assuré et ceux du (des) tiers.

Déchéance : perte du droit de la garantie.

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

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

Juridiquement insoutenable : Caractère non défendable de la position ou du litige de l'assuré au regard de la loi et de la jurisprudence en vigueur.

Litige : situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable ou un acte répréhensible opposant l'assuré à un (des) tiers et le conduisant à faire valoir un droit contesté.

Nous : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** dont le siège social est au 108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX et son gestionnaire le GIE CIVIS - 90, avenue de Flandre 75019 PARIS.

Seuil d'intervention : enjeu financier du litige en principal en dessous duquel nous n'intervenons pas et dont le montant est fixé à 200 €.

Tiers : personne physique ou morale non assurée par le présent contrat et qui est opposée à l'assuré.

L'assuré : le souscripteur du contrat, son conjoint ou assimilé (partenaire, concubin) - non séparé de corps ou de fait.

Concernant la garantie succession : la personne ayant la qualité d'Assuré au titre des garanties Prévoyance.

8•2 TYPE DE GARANTIE

Protection juridique segmentée destinée à accompagner l'assuré et sa famille en cas de perte d'autonomie.

Exemples de domaines d'interventions :

- Abus de faiblesse vis-à-vis de l'assuré.
- Relations avec des organismes sociaux et de retraite.
- Relations contractuelles avec une maison de retraite ou un établissement de soins.
- Litiges liés aux versements d'aides et subventions pour le maintien à domicile.
- Litiges liés aux emplois à domicile.

8•3 TYPES DE LITIGES COUVERTS

• **Relatif à l'état de santé** :

- avec un organisme de remboursement de soins ou de prestation,
- se rapportant ou découlant d'un acte médical et/ou d'un produit de santé, et opposant l'assuré à un professionnel de santé, à un établissement de santé, un laboratoire d'analyses de biologie médicale ou à une entreprise de transport sanitaire agréée, ou à un producteur, exploitant ou distributeur de produit de santé.

• **Relatif à un accident ou une agression de l'assuré ayant entraîné l'état de dépendance.**

• **En tant qu'usager de services publics et d'administrations y compris les litiges opposant l'assuré à l'administration fiscale.**

• **En tant que résident d'une maison de retraite dans laquelle réside l'assuré.**

• **En tant qu'employeur, lorsque l'assuré rencontre des litiges liés aux relations avec une aide à domicile, une femme de ménage ou un(e) employé(e) de maison déclaré(e).**

• **Relevant de la succession de l'adhérent en qualité d'héritier du contrat de prévoyance.**

8•4 PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Service d'information juridique

Les juristes du service d'information répondent par téléphone aux questions d'ordre juridique à caractère documentaire par :

- téléphone du lundi au samedi de 8 h à 20 h,
- et par Internet 24 h sur 24 sur www.civis.fr pour dialoguer en "chat".

Service de protection juridique

LA DÉCLARATION DU LITIGE

L'assuré doit adresser une déclaration par écrit dès qu'il a connaissance du litige ou du refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur ou le destinataire, conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances et communique immédiatement et ultérieurement toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuves nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution, à l'adresse suivante :

GIE CIVIS - FILASSISTANCE - Service Déclaration de litige - 90, avenue de Flandre 75019 PARIS.

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

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

GESTION AMIABLE DU DOSSIER DE L'ASSURÉ

Après son instruction, l'assuré sera renseigné sur ses droits, et seront mises en œuvre, avec son accord, toutes interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable.

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

Les frais que l'assuré pourrait engager sans notre accord préalable resteront à sa charge.

Si l'assuré est informé que le tiers est assisté d'un avocat, ou si nous en sommes nous-mêmes informés, l'assuré devra également être assisté par un avocat. Si nous ne parvenons pas à une issue amiable, nous guiderons l'assuré vers la procédure judiciaire qui pourra être engagée.

ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE PROCÉDURE

En cas de litige en phase judiciaire, ou en cas de conflit d'intérêts.

Si le litige entre en phase judiciaire, ou en cas de conflit d'intérêts, nous proposerons à l'assuré de choisir librement son avocat chargé de défendre ses intérêts. Par ailleurs, nous pourrions à sa demande écrite le mettre en relation avec l'un de nos avocats habituels.

L'assuré aura la direction du procès, c'est à dire la maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires durant la procédure, avec notre assistance si celui-ci le souhaite.

Dans tous les cas, il sera nécessaire d'obtenir notre accord préalable sur la prise en charge des frais et honoraires liés aux actions ou voies de recours que l'assuré entendra exercer afin de nous permettre au travers de la communication de toutes pièces utiles d'en examiner le bien-fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction. A défaut d'un tel accord préalable, nous ne prendrons pas en charge ces frais et honoraires.

Les frais engagés par l'assuré sans notre accord préalable resteront à sa charge.

INDEMNISATION ET SUBROGATION

Nous réglerons directement les honoraires et frais des mandataires, à concurrence des montants indiqués dans le tableau ci-après concernant l'avocat intervenant pour le compte de l'assuré, et tous autres frais nécessaires à la solution du litige.

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

L'ensemble de nos règlements ne pourra excéder un montant de 15 000 euros T.T.C. par sinistre.

S'agissant des sommes allouées au titre des frais et dépens ainsi que des frais irrépétibles, elles seront affectées prioritairement aux frais que l'assuré aurait personnellement exposés. Au-delà de ses propres frais, nous serons subrogés dans vos droits et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par nos soins, conformément à l'article L. 127-8 du Code des assurances.

CE QUI PEUT ÊTRE PRIS EN CHARGE (1) PAR LA "PROTECTION JURIDIQUE DÉPENDANCE" ET RÉGLÉ À L'AVOCAT INTERVENANT POUR LE COMPTE DE L'ADHÉRENT

Assistance au stade amiable (en cas d'assistance du tiers par un avocat) :	450 €
Règlement amiable conclu	200 €
Règlement amiable non obtenu	
Tribunal d'Instance, de Grande Instance, de Commerce, Administratif	800 €
Conseil de prud'hommes	
Conciliation	305 €
Bureau de jugement	580 €
Juge départiteur	380 €
Cour d'appel (au fond)	800 €
Assistance à expertise, mesure d'instruction	245 €
Référé	440 €
Toutes autres juridictions, procédures ou commissions	380 €
Transactions amiables au stade judiciaire	Plafond prévu pour la juridiction concernée
Cour d'Assises, Cour de Cassation, Conseil d'État	2 000 €
<p>Ces montants incluent, outre les honoraires et la TVA, les frais, droits divers, débours et émoluments (notamment de postulation devant le Tribunal de Grande Instance). Ils n'incluent pas les frais d'actes d'Huissier de Justice.</p> <p>Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est-à-dire lorsqu'un avocat succède, à votre demande, à un autre avocat pour la défense de vos intérêts, ou si vous faites le choix de plusieurs avocats.</p>	

(1) Avec une prise en charge de l'ensemble des frais pouvant aller jusqu'à 15 000 € TTC par sinistre.

Sous réserve de l'acceptation de prise en charge du dossier selon les dispositions contractuelles propres à la protection juridique.

La gestion des prestations "Protection Juridique" est confiée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL au GIE CIVIS - 90, avenue de Flandre 75019 PARIS.

8•5 QUELLES SONT LES EXCLUSIONS POUR LA PROTECTION JURIDIQUE ?

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut intervenir :

- Lorsque l'événement préjudiciable à l'origine du litige est connu par l'assuré avant la prise d'effet ou après la cessation des effets de la garantie.
- Lorsque la demande de l'assuré est juridiquement insoutenable, prescrite ou lorsque son enjeu est inférieur au seuil d'intervention,
- Lorsque le litige découle :
 - d'un conflit collectif du travail ou de l'expression d'opinion politique ou syndicale,
 - d'une rixe ou d'injures dans laquelle (lesquelles) l'assuré a joué un rôle actif ou provocateur.
 - de la guerre civile ou étrangère.
- Lorsque le litige relève de l'application du livre I du Code Civil ainsi que des régimes matrimoniaux, succession (excepté le cas de la succession visé au paragraphe "nous intervenons").



POUR MIEUX VOUS ASSURER, NOUS INVENTONS DE NOUVELLES SOLIDARITÉS.

Alptis est un mouvement associatif de protection sociale qui œuvre dans les domaines de la santé, la prévoyance, l'assurance de prêts et l'épargne retraite.

- ➔ **Nous défendons une démarche responsable et solidaire**
En matière de protection sociale, nous sommes convaincus que l'engagement de chacun bénéficie à tous.
- ➔ **Nous ne spéculons pas sur la santé**
Grâce à notre indépendance, nous n'avons qu'une seule raison d'agir, l'intérêt de nos adhérents.
- ➔ **L'assurance ne s'arrête pas aux garanties proposées**
Nous voulons tisser avec nos adhérents une relation de confiance, et créer du lien social permettant de faire naître de nouvelles solidarités.
- ➔ **Partageons connaissances et bonnes pratiques**
Au sein des 102 comités locaux d'adhérents Alptis, plus de 300 actions de prévention sont organisées chaque année bénévolement.

Les services 100 % pratiques d'Alptis



Votre espace adhérent : adherent.alptis.org

24h/24, l'accès à votre dossier en ligne, mais aussi à toute l'actualité de votre association.



Mon Alptis Mobile

Accessible sur l'App Store et Google Play, l'appli mobile d'Alptis et tous ses services e-santé.



La chaîne Alptis sur YouTube

Des vidéos pédagogiques sur la prévention, l'actualité, les produits et services.



SANTÉ



PRÉVOYANCE



ASSURANCE DE PRÊTS



ÉPARGNE RETRAITE