

COCOON ASSURANCE HOSPITALISATION



Information et Conseil

Article L. 520-1 du code des assurances

Les informations suivantes que nous vous invitons à lire attentivement concernent votre contrat d'assurance Cocoon Assurance Hospitalisation. Ces informations vous renseignent sur l'identité de l'assureur, de l'assistant, de l'intermédiaire, ainsi que sur certains éléments essentiels du contrat d'assurance sur lesquels nous souhaitons attirer votre attention. Il est important de lire intégralement la Notice d'information du contrat d'assurance réf. NI CAH 04/15 valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) et de poser toutes vos questions en appelant le 02 98 65 22 00 afin de vous assurer que le contrat d'assurance est en adéquation avec votre situation financière et vos besoins personnels.

■ À qui s'adresse le contrat d'assurance Cocoon Assurance Hospitalisation ?

Cocoon Assurance Hospitalisation s'adresse aux personnes physiques qui, à la date d'adhésion sont âgées de plus de 18 ans et de moins de 70 ans, ont leur résidence principale et fiscale en France Métropolitaine, principauté d'Andorre ou de Monaco et souhaitent être assurées pour le risque « Hospitalisation à la suite d'un accident » ou « Hospitalisation toutes causes ».

■ Le contrat d'assurance Cocoon Assurance Hospitalisation

Cocoon Assurance Hospitalisation a pour objet de vous garantir le versement d'un forfait journalier en cas d'hospitalisation à la suite d'un accident ou en cas d'hospitalisation toutes causes, en fonction du choix que vous aurez indiqué dans le certificat d'adhésion, et de bénéficier des prestations d'assistance prévues dans le cadre du contrat, dans les limites et conditions précisées lors de votre souscription.

Le forfait journalier, tel que défini dans le certificat d'adhésion, est versé sur une durée maximale d'hospitalisation de 45 jours pour les séjours en établissement de rééducation et de 365 jours pour tout autre séjour hospitalier. Si l'hospitalisation est à domicile, le montant versé sera égal au forfait journalier de base tel que défini dans le certificat d'adhésion, pendant une durée maximale de 365 jours.

Le montant maximal de l'engagement de l'assureur pour un même assuré, quel que soit le nombre de contrats souscrits pour couvrir le même risque, est limité à 109 500 euros par an. Cette limite annuelle sera de 219 000 euros en cas d'hospitalisation à la suite d'un accident de la circulation.

En cas d'hospitalisation supérieure à 30 jours, vous êtes exonéré de vos cotisations dans la limite de la durée d'indemnisation.

Délai d'attente

En cas d'hospitalisation à la suite d'un accident, vous êtes couvert(s) immédiatement.

En cas d'hospitalisation consécutive à une maladie, vous êtes couvert(s) après expiration d'un délai d'attente de 6 mois à compter de la date d'effet de votre contrat figurant sur le certificat d'adhésion.

Ce délai d'attente est également applicable à toute augmentation du montant du forfait initialement choisi pour l'hospitalisation toutes causes, si l'hospitalisation est à la suite d'une maladie.

Exclusions

Certaines hospitalisations et/ou accidents et maladies sont exclus et ne donneront pas lieu au versement d'un forfait journalier.

Sont également exclus certains établissements hospitaliers.

Pour connaître la liste complète et le détail des exclusions, nous vous invitons à vous reporter à l'article 11 de la Notice d'information réf. NI - CAH - 04/15 « RISQUES EXCLUS ».

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

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

Sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, vous êtes couvert(s) pour une période d'un an à compter de l'adhésion qui se renouvelle ensuite tacitement à chaque échéance annuelle.

Résiliation, cessation de l'adhésion

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion à tout moment, en nous contactant au 02 98 65 22 00 ou en adressant à **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex** une lettre recommandée de résiliation ou un e-mail à l'adresse suivante : **hospitalisation@cocoon.fr**.

L'assurance prend fin à l'égard de tous les assurés indiqués sur le certificat d'adhésion en cas de non-paiement de la cotisation (se reporter à l'article 16 de la Notice d'information réf. NI - CAH - 04/15 « MONTANT DE LA COTISATION ET SA RÉVISION »), à l'échéance annuelle de l'adhésion, sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat cadre et au décès de l'adhérent (se reporter à l'article 7 de la Notice d'information « CESSATION DE L'ADHÉSION DE L'ASSURÉ »).

■ Cotisation

Le montant de la cotisation et sa périodicité de paiement figurent sur le certificat d'adhésion. Les modalités qui s'y rapportent sont indiquées à l'article 16 de la Notice d'information réf. NI - CAH - 04/15 « MONTANT DE LA COTISATION ET SA RÉVISION ».

■ Faculté de renonciation

Vous disposez d'une faculté de renonciation d'une durée de 30 jours à compter de la date d'adhésion au contrat à condition que vous n'ayez pas déclaré de sinistre entre temps.

La demande de renonciation doit être effectuée par l'envoi d'une lettre recommandée à l'attention de Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex ou par e-mail à l'adresse suivante : hospitalisation@cocoon.fr, selon le modèle ci-après :

« *Je soussigné(e) (nom, Prénom), déclare renoncer au contrat Cocoon Assurance Hospitalisation n° 4784 / 0802748 /... souscrit le ...* » en précisant la date et en apposant votre signature ou par téléphone au 02 98 65 22 00.

■ Information concernant l'Assureur

AXA France Vie - Située 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE cedex - Inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 - SA au capital de 487 725 073 €.

■ Information concernant l'Assisteur

INTER PARTNER Assistance - Succursale pour la France - Située 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON - Inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500 - Numéro de TVA intracommunautaire FR 42 316 139 500 - SA de droit belge au capital de 11 702 613 € - Entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487 - Immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est située 166 Avenue Louise 1050 IXELLES - Bruxelles Capitale - Belgique - Entreprise soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique.

■ Information concernant l'Intermédiaire

Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout 75009 PARIS. Cocoon Assurance est une marque de Coverlife.

■ En cas de réclamation

Toute réclamation concernant l'assureur ou le contrat d'assurance peut être adressée à Axa Solutions collectives - Service Réclamation Clientèle - 11 boulevard des Bouvets 92000 NANTERRE.

Toute réclamation concernant l'intermédiaire peut être adressée à Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex.

Notice d'information réf. NI CAH 04/15 valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) pour les contrats d'assurance Cocoon Assurance Hospitalisation - Contrat d'assurance n°4784 et d'Assistance n°0802748 souscrit par Coverlife

SOMMAIRE

Lexique	2
La vie du contrat.....	4
Art. 1 - Objet du contrat	4
Art. 2 - Territorialité.....	4
Art. 3 - Conditions d'adhésion au contrat.....	5
Art. 4 - Prise d'effet de l'adhésion	5
Art. 5 - Durée de l'adhésion	6
Art. 6 - Résiliation de l'adhésion par l'adhérent	6
Art. 7 - Cessation de l'adhésion par l'adhérent	6
Vos garanties.....	7
Art. 8 - Prestations	7
Art. 9 - Bénéficiaire.....	7
Art. 10 - Garanties.....	7
Art. 11 - Risques exclus	9
Art. 12 - Prestations d'assistance	9
Art. 13 - Exclusions propres aux prestations d'assistance.....	12
Art. 14 - Conditions générales d'application des prestations d'assistance	13
Art. 15 - Cadre juridique des prestations d'assistance	14
Art. 16 - Montant de la cotisation et sa révision	15
Art. 17 - Faculté de modification de la prestation et des garanties.....	15
Art. 18 - Prescription	16
Art. 19 - Informations des assurés.....	16

COCOON ASSURANCE HOSPITALISATION est distribué par COCOON ASSURANCE, une marque de COVERLIFE, SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Contrats souscrits auprès d'AXA FRANCE VIE - 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE cedex - Inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 - SA au capital de 487 725 073 € et d'INTER PARTNER ASSISTANCE, Succursale pour la France - 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON - Inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500 - Numéro de TVA intracommunautaire FR 42 316 139 500 - Société anonyme de droit belge au capital de 11 702 613 € - Entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487 - Immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est située 166 Avenue Louise 1050 Ixelles - Bruxelles Capitale - Belgique - Entreprise soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique.

Dans la présente notice d'information, les mots ou les expressions commençant par une majuscule et définis ci-après, auront la signification qui suit :

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, survenue après la prise d'effet des garanties du Contrat.

ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Accident survenu à l'Assuré sur la voie publique en tant que piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule de tourisme motorisé, autre qu'un moyen de transport en commun. On entend par « transport en commun » tout moyen de transport public commercial terrestre, maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

ADHÉRENT

Personne physique majeure qui a adhéré au Contrat. L'Adhérent est la personne titulaire du Contrat et qui paie les cotisations.

ASSISTEUR

INTER PARTNER Assistance, agissant sous la marque « AXA Assistance », désignée ci-après par « AXA Assistance » ou « l'Assisteur ».

ASSURÉ(S) / BÉNÉFICIAIRE(S)

Personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle repose le risque. Il s'agit de :

- L'Adhérent seul, ou
- L'Adhérent et son Conjoint (tel que défini dans ce lexique), ou
- L'Adhérent et son(ses) Enfant(s) (tel(s) que défini(s) dans ce lexique), ou
- L'Adhérent et sa Famille (telle que définie dans ce lexique).

ASSUREUR : AXA France Vie

ATTEINTE CORPORELLE GRAVE

Accident ou Maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du Bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

CONJOINT

Conjoint non séparé de corps ou concubin (qu'il soit ou non cosignataire d'un Pacs) de l'Adhérent.

CONTRAT

Contrat de groupement souscrit auprès de l'Assureur par le Souscripteur.

DÉLAI D'ATTENTE

Période consécutive à la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle le risque n'est pas couvert.

DÉPENDANCE

État de l'Assuré constaté médicalement caractérisé par une perte d'autonomie l'empêchant, en raison d'une inadaptation physique ou mentale, d'effectuer au moins deux des quatre actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter.

DOMICILE

Résidence principale et fiscale. Au titre des prestations d'assistance, le Domicile de l'Adhérent sera considéré comme le Domicile de tous les Assurés.

ENFANTS

- Les Enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint mineurs rattachés fiscalement à l'Adhérent ou à son Conjoint non séparé de corps ou concubin,
- Les Enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint majeurs rattachés fiscalement à l'Adhérent ou à son Conjoint non séparé de corps ou concubin, lorsqu'ils ont moins de 25 ans et qu'ils poursuivent leurs études.

ÉQUIPE MÉDICALE

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de l'Assisteur.

ÉTABLISSEMENT DE RÉÉDUCATION

Centre qui offre aux personnes ayant des incapacités, des moyens de récupérer leurs capacités maximales ou de pallier du mieux possible leurs incapacités par une rééducation des fonctions lésées.

ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Établissement qui répond aux exigences légales du pays dans lequel il est situé et dont la principale activité est l'accueil et l'apport de soins médicaux, ainsi que le traitement des personnes malades en qualité de patients hospitalisés, qui maintient les facilités nécessaires pour les diagnostics et les opérations chirurgicales et qui dispose d'un personnel hospitalier à plein temps. L'Établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'Assureur peut avoir accès.

FAMILLE DE L'ADHÉRENT

L'ensemble des personnes suivantes :

- Son Conjoint ou concubin, tel que défini dans ce lexique,
- Ses Enfants ou ceux de son Conjoint, tels que définis dans ce lexique.

FRANCHISE RELATIVE

Période consécutive à la survenance du risque durant laquelle les prestations ne sont pas dues. Les prestations seront réglées à partir du premier jour d'hospitalisation dès lors que la période de franchise sera atteinte.

GÉNÉRATION - 29080 Quimper cedex 9

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

HOSPITALISATION ACCIDENTELLE

Tout séjour dans un Établissement hospitalier public ou privé (en France et/ou dans un pays couvert par la carte européenne d'assurance maladie) donnant lieu à la remise d'un bulletin de séjour ou d'Hospitalisation à Domicile, à la suite d'un Accident. Cette hospitalisation doit survenir dans les 6 mois qui suivent la date dudit Accident.

HOSPITALISATION À DOMICILE

L'Hospitalisation à Domicile se définit comme devant répondre aux cinq conditions cumulatives suivantes :

- Elle doit être prescrite en tant que telle par un médecin hospitalier chargé de la coordination des soins,
- Elle a été acceptée par la CPAM,
- Des bulletins de situation d'Hospitalisation à Domicile doivent être délivrés par l'Établissement hospitalier agréé chargé de la gérer,
- Le patient doit être pris en charge 7 jours sur 7 par l'Équipe médicale responsable des soins,
- L'Équipe médicale doit effectuer des actes médicaux complexes, dont la nature et l'intensité se distinguent des soins habituellement prodigués à Domicile à la suite d'un séjour.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE

Tout séjour dans un Établissement hospitalier public ou privé de moins de 12 heures sans hébergement de nuit.

HOSPITALISATION TOUTES CAUSES

Tout séjour dans un Établissement hospitalier public ou privé (en France et/ou dans un pays couvert par la carte européenne d'assurance maladie) donnant lieu à la remise d'un bulletin de séjour ou d'Hospitalisation à Domicile, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie constatée par une autorité compétente.

IMMOBILISATION AU DOMICILE (pour la garantie d'Assistance)

Obligation de demeurer au Domicile au moins 48 heures, médicalement prescrite, à la suite d'un Accident et ou d'une Maladie soudaine et imprévisible en cas d'Hospitalisation toutes causes.

MALADIE

Altération de la santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

POSTULANT

Personne physique majeure qui demande auprès de Cocoon Assurance l'adhésion au Contrat.

PROCHE (pour la garantie d'Assistance)

Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire des prestations d'assistance ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que celui-ci.

LA VIE DU CONTRAT

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat est souscrit auprès d'AXA France Vie ci-après dénommé « l'Assureur », d'INTER PARTNER Assistance ci-après dénommé « l'Assisteur » ou « AXA Assistance » et par Coverlife ci-après dénommé « le Souscripteur ».

Il a pour objet de garantir le versement d'un forfait journalier à l'Assuré en cas d'Hospitalisation accidentelle ou d'Hospitalisation toutes causes, en fonction de son choix, et de proposer des prestations d'assistance.

Le présent Contrat est régi par le code des assurances et par la loi française, à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Conformément aux dispositions de l'article L113-8 du code des assurances, toute fausse déclaration de nature à modifier l'opinion du risque annule les garanties, les cotisations perçues restant intégralement acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts. En cas de réticence ou fausse déclaration non intentionnelle, il sera fait application des dispositions de l'article L113.9 du code des assurances.

2. TERRITORIALITÉ

Le Contrat s'adresse à toute personne physique ayant sa résidence principale et fiscale en France Métropolitaine, principauté d'Andorre et de Monaco.

Les garanties d'assurance s'exercent dans les pays couverts par la carte européenne d'assurance maladie,

à l'exception de la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane française et la Réunion, dès lors que le pays n'est pas qualifié de « pays à risque » ni de « pays déconseillé » par le gouvernement français (site www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs) et que le séjour est inférieur à 3 mois. Tout séjour d'une durée supérieure à trois mois doit être notifié à l'Assureur.

L'Hospitalisation à Domicile est couverte seulement en France Métropolitaine.

Les prestations d'assistance au Domicile s'appliquent en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco.

Tout changement de résidence principale ou fiscale, devra être notifié à l'Assureur car il entraînera la fin des garanties à la date anniversaire de l'adhésion suivant le changement.

3. CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT

Le Postulant est admissible à l'assurance si, au jour de la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion :

- Il est âgé d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans,
- Il a sa résidence principale et fiscale en France métropolitaine, principauté d'Andorre ou de Monaco.

Les conditions d'admission du Conjoint de l'Adhérent à l'assurance sont les mêmes que celles de l'Adhérent indiquées ci-dessus.

Au moment de l'adhésion, le Postulant doit choisir de manière claire et explicite :

Une couverture d'assurance

- Couverture Accident : Hospitalisation accidentelle et prestations d'assistance,
- Couverture Toutes causes : Hospitalisation toutes causes et prestations d'assistance.

Le montant du forfait journalier de base versé en cas de sinistre tel que prévu à l'article 8. PRESTATION

- Couverture Accident : compris entre 20 et 300 €, le montant du forfait journalier est de moitié pour les Enfants,
- Couverture Toutes causes : compris entre 20 et 300 €, le montant du forfait journalier est de moitié pour les Enfants.

Les personnes assurées

- Soit l'Adhérent seul,
- Soit l'Adhérent et son Conjoint, tel que défini dans le lexique,
- Soit l'Adhérent et son (ses) Enfant(s), tel(s) que défini(s) dans le lexique,
- Soit l'Adhérent et sa Famille, telle que définie dans le lexique.

Ces choix seront définis dans le certificat d'adhésion. Une seule couverture et un seul montant seront appliqués pour tous les Assurés concernant un même certificat d'adhésion. Un même assuré ne pourra pas adhérer simultanément à plus d'un Contrat Cocom Assurance Hospitalisation.

4. PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 4.2 VENTE À DISTANCE.

4.2 VENTE À DISTANCE

En cas de vente à distance, les enregistrements des appels téléphoniques, les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur tout support vaudront signature par l'Adhérent, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuve de son consentement à l'adhésion du présent Contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

4.3 RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet de l'adhésion indiquée dans le certificat d'adhésion.

Cette faculté de renonciation doit être réalisée par lettre recommandée à l'attention de Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex, ou par e-mail, qui fera l'objet d'un accusé de réception formel, à l'adresse suivante : hospitalisation@cocoon.fr sur le modèle suivant : « **Je soussigné (nom/prénom) souhaite renoncer à mon adhésion effectuée en date du, fait à, le Signature** », ou par téléphone au numéro suivant : 02 98 65 22 00.

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

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du Contrat est le français.

5. DURÉE DE L'ADHÉSION

Sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, les Assurés sont couverts pour une période d'un an à compter de l'adhésion. Celle-ci se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1^{er} jour du mois qui précède sa date anniversaire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 7. CESSATION DE L'ADHÉSION DE L'ASSURÉ.

6. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION PAR L'ADHÉRENT

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en nous contactant au **02 98 65 22 00** ou en adressant à **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex** - une lettre en recommandé de résiliation, ou un e-mail, qui fera l'objet d'un accusé de réception formel, à l'adresse suivante : hospitalisation@cocoon.fr. La résiliation prendra effet à l'échéance qui suit la date de réception de cette lettre ou de cet e-mail par Cocoon Assurance. Les Assurés cesseront d'être Assurés au titre du présent Contrat à partir de la date de prise d'effet de la résiliation.

7. CESSATION DE L'ADHÉSION DE L'ADHÉRENT

L'assurance prend fin à l'égard de tous les Assurés indiqués sur le certificat d'adhésion :

- En cas de non paiement de la cotisation, après application des dispositions prévues à l'article L113-3 du code des assurances,
 - À l'échéance annuelle de l'adhésion, sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du Contrat entre Coverlife et AXA France Vie, et INTER PARTNER Assistance,
 - Au décès de l'Adhérent (cependant, si le Contrat couvre aussi son Conjoint ou concubin ou sa Famille, les droits et obligations de l'Adhérent décédé peuvent, avec l'accord de l'Assureur, être transférés à son Conjoint ou à son concubin ; le Contrat actuellement en vigueur sera résilié et un nouveau Contrat sera souscrit en remplacement),
 - À l'échéance mensuelle suivant la réception par Cocoon Assurance de la demande de résiliation par l'Adhérent,
 - En cas de dénonciation par l'Adhérent dans les 30 jours suivant la réception du courrier d'information de la modification du Contrat d'assurance,
 - À l'échéance principale de l'adhésion par l'envoi d'un courrier recommandé à l'Adhérent deux mois avant la date d'anniversaire de son adhésion,
- et au plus tard, le 1^{er} jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Adhérent.

L'assurance prend fin :

- À l'égard de l'Adhérent et du Conjoint ou concubin, le 1^{er} jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit son 75^{ème} anniversaire,
- À l'égard du(des) Enfant(s), le 1^{er} jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit son(leur) 18^{ème} anniversaire et au maximum son(leur) 25^{ème} anniversaire en cas de poursuite d'étude.

VOS GARANTIES

8. PRESTATION

En cas de sinistre, et sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs demandés par l'Assureur conformément à la lettre (ou e-mail) envoyée par Génération à la suite de la déclaration de sinistre, Génération verse au Bénéficiaire le forfait journalier de base tel que défini dans le certificat d'adhésion sur une durée maximale d'Hospitalisation de 45 jours pour les séjours en Établissement de rééducation, et de 365 jours pour tout autre séjour hospitalier. Si l'Hospitalisation est à Domicile, le montant versé sera égal au forfait journalier de base tel que défini dans le certificat d'adhésion, pendant une durée maximale de 365 jours.

En cas de sinistre dû à un Accident de la circulation, et sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs demandés par l'Assureur conformément à la lettre (ou e-mail) envoyée par Génération à la suite de la déclaration de sinistre, Génération verse au Bénéficiaire le double du forfait journalier de base tel que défini dans le certificat d'adhésion, sur une durée maximale d'Hospitalisation de 45 jours pour les séjours en Établissement de rééducation, et de 365 jours pour tout autre séjour hospitalier. Si l'Hospitalisation est à Domicile, le montant versé sera égal au forfait journalier de base tel que défini dans le certificat d'adhésion, pendant une durée maximale de 365 jours.

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré, pour couvrir le même risque, est limité à 109 500 € par an. Cette limite annuelle sera de 219 000 € en cas d'Hospitalisation suite à un Accident de la circulation.

L'Assuré est exonéré de ses cotisations en cas d'Hospitalisation supérieure à 30 jours dans la limite de la durée d'indemnisation.

9. BÉNÉFICIAIRE

- Pour les garanties Hospitalisation Accidentelle et Hospitalisation Toutes causes : l'Adhérent,
- Pour les prestations d'assistance : l'Assuré, lui-même.

10. GARANTIES

10.1 COUVERTURE ACCIDENT

Délai d'attente

Il n'y a pas de Délai d'attente en cas d'Hospitalisation à la suite d'un Accident.

Franchise

En cas d'Hospitalisation à la suite d'un Accident, aucune Franchise n'est appliquée. Les Hospitalisations ambulatoires ne sont pas prises en charge.

Rechute

Lorsque l'Assuré a bénéficié d'une période d'indemnisation, une nouvelle prise en charge est possible au titre d'une nouvelle Hospitalisation à la suite d'un Accident. Les Hospitalisations dues au même Accident sont

considérées comme un seul évènement assuré et ne pourront être couvertes au titre du présent Contrat que pendant une période maximale de 36 (trente-six) mois après l'Accident à l'origine des Hospitalisations.

10.2 COUVERTURE TOUTES CAUSES

Délai d'attente

Le **Délai d'attente** est fixé à **6 (six) mois** si l'Hospitalisation de l'Assuré est consécutive à une Maladie.

Franchise

L'indemnisation débute après application d'une **Franchise relative de 3 (trois) jours** continus d'Hospitalisation suite à **Maladie**.

Rechute

Lorsque l'Assuré a bénéficié d'une période d'indemnisation, une nouvelle prise en charge est possible au titre d'une nouvelle Hospitalisation à la suite d'une Maladie après un nouveau Délai d'attente de 3 (trois) mois. Les Hospitalisations successives de l'Assuré à la suite de la même Maladie ou du même Accident sont considérées comme un seul évènement Assuré, ne donnant pas lieu à un nouveau Délai d'attente, sauf si les causes sont totalement indépendantes.

10.3 DÉCLARATION DE SINISTRE

La déclaration de sinistre doit se faire auprès de Génération par téléphone au **02 98 65 22 00** ou par courrier à **Cocoon Assurance Hospitalisation 29080 QUIMPER cedex 9** dès connaissance du sinistre.

Les pièces à fournir sont les suivantes :

- La copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité,
- L'original ou la copie du certificat d'adhésion,
- Un certificat médical indiquant la cause d'Hospitalisation,
- Le bulletin de séjour précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital,
- En cas d'Accident, les pièces justificatives (par exemple : PV de police ou de gendarmerie) indiquant notamment la date dudit Accident.

En outre, si l'Hospitalisation intervient hors de France, l'attestation de remboursement de CPAM et une copie du formulaire « soins reçus à l'étranger » devront être fournis comme pièce additionnelle.

En outre, si l'Hospitalisation est à Domicile, l'accord de la CPAM devra être fourni comme pièce additionnelle.

En outre, si l'Assuré hospitalisé est un des Enfants, les pièces suivantes devront être fournies additionnellement :

- La copie du livret de Famille,
- La copie de la dernière déclaration fiscale de l'Adhérent principal ou de son Conjoint ou concubin,
- La copie du certificat de scolarité de l'Enfant.

Tout document à caractère médical pourra être envoyé avec la mention « Pli confidentiel » ou « Secret médical », directement à l'attention de **Cocoon Assurance Hospitalisation 29080 QUIMPER cedex 9**.

L'Assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier. La déclaration de l'Assuré ne sera prise en compte qu'à réception de l'intégralité des pièces requises.

11. RISQUES EXCLUS

Les Hospitalisations suivantes ne sont pas couvertes :

L'Hospitalisation à Domicile, dans les cas suivants :

- Un retour précoce à Domicile après accouchement (RPDA),
- Un post-partum pathologique,
- La prise en charge d'un nouveau-né,
- La surveillance d'une grossesse à risque.

Les Hospitalisations dues à une convalescence ou un séjour en maison de repos, de convalescence, d'hébergement, de plein air, de retraite, les Établissements thermaux et climatiques, hospices, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques, services de gériatrie, les Établissements de cure.

Les conséquences directes :

- D'une intervention chirurgicale,
- De traitement à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement,
- D'une Maladie psychique ou d'un état de démence,
- D'une grossesse ou d'une interruption volontaire de grossesse,
- Des Maladies ou des Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- Des Accidents résultant de la consommation par l'Assuré de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'Accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre,
- Des Accidents résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- De faits de guerres, émeutes, insurrections, rixes, attentats et actes de terrorisme dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- De la pratique d'un sport à titre professionnel, à titre de loisirs dans le cadre d'une compétition ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés,
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux de l'atome.

Ne sont pas considérés comme Accidents, les Accidents cardio-vasculaires et les Accidents vasculaires cérébraux.

En outre, pour la garantie HOSPITALISATION TOUTES CAUSES, les hospitalisations faisant suite à une Maladie dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'adhésion sont exclues.

12. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance suivantes sont assurées par AXA Assistance.

Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

Sur demande de l'Assuré et sur prescription médicale, l'Équipe médicale de l'Assisteur recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des Établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 (cinquante) km autour du Domicile de l'Assuré.

Aide-ménagère

À la demande de l'Assuré, l'Assisteur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile soit pendant sa durée d'Immobilisation au Domicile ou d'Hospitalisation, soit dès son retour à son Domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes. L'Assisteur prend en charge 30 (trente) heures maximum dans les 15 (quinze) jours suivant la date de l'événement avec un minimum de 2 (deux) heures consécutives. L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 (huit) jours qui suivent la date de l'Accident. Seule l'Équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile. Au-delà d'une intervention par an, l'Assisteur peut communiquer à l'Assuré les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge de l'Assuré.

Garde d'enfants

Si personne ne peut assurer la garde des Enfants de moins de 15 (quinze) ans de l'Assuré, dès le premier jour de l'Hospitalisation, l'Assisteur organise et prend en charge :

- Soit l'acheminement d'un Proche, toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le Bénéficiaire, au Domicile de l'Assuré,
- Soit l'acheminement des Enfants au Domicile d'un Proche,
- Soit la garde des Enfants par du personnel qualifié au Domicile de l'Assuré, pendant 40 (quarante) heures maximum dans les 5 (cinq) jours suivant la date de l'événement avec un minimum de 2 (deux) heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des Enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation au Domicile. L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des Enfants chez un Proche parent par le personnel qualifié. L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des Enfants confiés. Cette garantie est limitée à 1 (une) intervention par année civile.

Au-delà d'une intervention par an, l'Assisteur peut communiquer à l'Assuré les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge de l'Assuré.

Garde des animaux domestiques

Si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, l'Assisteur organise et prend en charge dans un rayon de 50 (cinquante) km du Domicile de l'Assuré :

- Soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du Domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 (deux cent cinquante) € par événement et pour l'ensemble des animaux,
- Soit le transfert des animaux (maximum 2) au Domicile d'un Proche.

Soutien pédagogique aux enfants

Lorsque l'état de santé d'un Enfant Bénéficiaire nécessite une Immobilisation au Domicile, médicalement prescrite, et que cette immobilisation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 (quinze) jours consécutifs, l'Assisteur recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs. Ce soutien s'adresse aux Enfants scolarisés en France dans un Établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale. Le ou les répétiteurs dispensent à l'Enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes. Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 10 (dix) heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 15 (quinze) heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire. Cette garantie est limitée à 1 (une) intervention par année civile. La prise en charge globale est limitée à 20 (vingt) heures par intervention au titre de la présente garantie.

Au-delà d'une intervention par an, l'Assisteur peut communiquer à l'Assuré les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge de l'Assuré.

Assistance aménagement du domicile ou du véhicule en cas d'invalidité consécutive à l'accident ayant entraîné une hospitalisation garantie (aide à la réadaptation de la vie au quotidien)

Bilan de capacité physique et mentale - adaptation de l'habitat et/ou du véhicule pour l'Assistance Aménagement du Domicile ou du véhicule personnel.

Dès reconnaissance de l'état de Dépendance, attesté médicalement, l'Assisteur organise et prend en charge la réalisation d'un bilan des capacités physiques et mentales du Bénéficiaire afin d'évaluer leur adéquation aux spécificités du logement occupé et/ou de son véhicule personnel.

Ce bilan est effectué, selon les cas, soit par téléphone avec le Bénéficiaire ou l'un de ses Proches, soit par envoi d'un spécialiste (ergothérapeute, bureau d'étude, etc.) au Domicile.

Après la remise du bilan de capacité physique et mentale, l'Assisteur organise et prend en charge l'intervention d'un spécialiste afin de déterminer et d'évaluer financièrement les mesures à prendre en vue d'adapter l'habitat et/ou son véhicule personnel aux besoins du Bénéficiaire.

Afin d'établir un devis détaillé des aménagements ou travaux nécessaires, l'Assisteur organise et prend en charge le déplacement éventuel de professionnels, en accord avec le Bénéficiaire.

Après la remise d'un document détaillant les aménagements proposés et leur coût, l'Assisteur fournit au Bénéficiaire le conseil personnalisé afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux.

Le coût des aménagements reste à la charge du Bénéficiaire.

Présence d'un proche au domicile de l'adhérent (si une présence sur place est requise)

En cas de :

- Intervention d'un prestataire d'énergie ou d'eau,
- Livraison de mobilier,
- Exécution de travaux,
- Ou toute autre intervention occasionnant un désagrément ou un coût supplémentaire à l'Adhérent en cas de report et dans la mesure où l'intervention a été planifiée avant l'Accident ou la Maladie ayant entraîné l'Hospitalisation.

L'Assisteur organise et prend en charge les frais de taxi sur une distance de 50 (cinquante) km maximum pour permettre à un Proche de se rendre au Domicile de l'Adhérent.

Frais de liaison liés aux démarches administratives

En cas d'Hospitalisation ou d'Hospitalisation à Domicile, l'Assisteur organise et prend en charge les frais de taxi sur une distance de 50 (cinquante) km maximum pour permettre à un Proche d'effectuer, pour le compte du Bénéficiaire, les démarches administratives impératives et ne pouvant être reportées.

Cette garantie est accordée dans la limite de 2 (deux) interventions par évènement.

Soins à domicile

En cas d'Hospitalisation au Domicile ou d'Immobilisation au Domicile, l'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire un service de soins à Domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale du médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à la charge du Bénéficiaire.

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou faute du personnel médical contacté.

Infos Santé

Les professionnels de santé de l'Assisteur communiquent des informations et conseils médicaux et paramédicaux, du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00. Ils donnent tout renseignement d'ordre général concernant la médecine et la chirurgie, la vaccination, la diététique, l'hygiène de vie.

L'intervention du médecin ou du diététicien se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, l'Assisteur conseillera au

Bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

Selon les cas, les professionnels de santé de l'Assisteur peuvent avoir à se documenter et à rappeler le Bénéficiaire ultérieurement afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Infos Vie pratique

AXA Assistance met à la disposition des Bénéficiaires un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7. Les questions ou demandes sont d'ordre privé, elles ne peuvent engendrer forcément de réponse immédiate. Selon les cas, AXA Assistance doit se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le Bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

- Locaux d'habitation
- Copropriété
- Locaux professionnels
- Assurances
- Travail
- Retraite
- Enseignement - formation
- Protection sociale
- Formalités
- Services publics
- Sociétés - commerçants - artisans
- Droit de la consommation
- Vacances et loisirs
- Informations liées aux voyages

Soutien psy

En cas d'Hospitalisation accidentelle, affectant un membre de la Famille, l'Assisteur organise et prend en charge la mise en relation du Bénéficiaire ou d'un Proche avec un psychologue clinicien à raison de 3 (trois) consultations téléphoniques par événement pour l'ensemble des membres de la Famille.

L'Assisteur se chargera également, s'il le souhaite, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son Domicile.

Garde des ascendants dépendants

Si personne ne peut assurer la garde des ascendants dépendants, dès le premier jour de l'incident, l'Assisteur organise et prend en charge :

- Soit l'acheminement d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire,
- Soit l'acheminement des ascendants au Domicile d'un Proche,
- Soit la garde des ascendants par du personnel qualifié au Domicile, à concurrence de 20 heures maximum par événement entre 7h00 et 19h00 en dehors des jours fériés.

L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des personnes dépendantes au Domicile d'un Proche par du personnel qualifié.

Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision du service assistance.

13. EXCLUSIONS PROPRES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties du présent Contrat, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation

à quelque titre que ce soit, tout dommage, Accident, ainsi que leurs conséquences résultant :

- De toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- Des interruptions volontaires de grossesse,

ainsi que :

- Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- Les Maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une Hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- Les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

Outre les exclusions précisées ci-avant, sont également exclues toutes conséquences :

- Résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
- De dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré,
- De la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye,
- De la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat,
- De la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
- D'effets nucléaires radioactifs,
- Des dommages causés par des explosifs que l'Assuré peut détenir,
- De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les frais engagés par l'Assuré pour la délivrance de tout document officiel,
- Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

14. CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

A - CONDITIONS RESTRICTIVES

Responsabilité

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Assuré à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes

et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

B - CONDITIONS GÉNÉRALES

Validité des garanties

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée de validité du présent Contrat à toute personne Bénéficiaire de la présente Notice d'Information pour tout événement garanti.

Mise en jeu des garanties

AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des garanties prévues dans la convention.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge. Ce dernier intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

En cas d'événement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

- Par téléphone : au numéro 33 (0) 1 55 92 25 14
- Par télécopie : 33 (0) 1 55 92 40 69

Accord préalable

L'organisation par l'Assuré ou par son entourage de tout ou partie des garanties d'assistance prévues à la présente convention sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

Déchéance des garanties

Le non-respect par l'Assuré de ses obligations envers AXA Assistance en cours de Contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

15. CADRE JURIDIQUE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Loi informatique et libertés

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les Bénéficiaires et les services d'INTER PARTNER Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le Bénéficiaire est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans la présente Notice d'information.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par le présent Contrat.

Ces informations sont destinées à l'usage interne d'INTER PARTNER Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'Union Européenne. Il s'agit des destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'INTER PARTNER Assistance 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON.

Subrogation

INTER PARTNER Assistance est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant au présent Contrat, contre tout tiers responsable de

l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution du présent Contrat.

Prescription

Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions définies par les articles L 114-1 et L 114-2 du code des assurances.

Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son Contrat, le Bénéficiaire doit contacter INTER PARTNER Assistance - Service Gestion Relation Clientèle - 6 rue André Gide 92328 CHÂTILLON.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par INTER PARTNER Assistance et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.

Règlement des litiges

Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties ou le cas échéant, d'un règlement par le médiateur, sera porté devant la juridiction compétente.

16. MONTANT DE LA COTISATION ET SA RÉVISION

16.1 MONTANT DE LA COTISATION

Le coût de l'adhésion au présent Contrat est exprimé en euros et comprend les frais et taxes. Le montant de cette cotisation figure sur le certificat d'adhésion. En cas de fractionnement de la cotisation, Cocoon Assurance se réserve le droit de demander à l'Adhérent en situation d'impayés le paiement de l'intégralité de la cotisation restant due, à partir du premier impayé jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.

Les cotisations sont payables :

- Soit par prélèvement sur un compte bancaire dont l'Adhérent est titulaire,
- Soit par carte bancaire dont les coordonnées ont été communiquées par l'Adhérent.

16.2 RÉVISION - SUSPENSION

La cotisation et les garanties sont révisibles annuellement. **Cette révision s'impose à tous les Assurés et l'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion en cas de désaccord dans les 30 (trente) jours suivant la réception du courrier l'informant de la modification.**

Conformément à l'article L. 113-3 du code des assurances, le non-paiement de la cotisation dans les 10 (dix) jours de son échéance entraîne la suspension de l'adhésion 30 (trente) jours après mise en demeure par lettre ou e-mail envoyé par le Souscripteur. L'adhésion pourra ensuite être résiliée, sauf paiement par l'Adhérent de l'ensemble des sommes dues au titre du présent Contrat. Dans ce cas, l'adhésion non résiliée reprendra ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées l'ensemble des sommes dues ainsi que celles venues à échéance pendant la période de suspension de l'adhésion.

17. FACULTÉ DE MODIFICATION DE LA PRESTATION ET DES GARANTIES

Pendant toute la durée de l'adhésion au Contrat, Cocoon Assurance pourra proposer à l'Adhérent une ou plusieurs des possibilités suivantes :

- Augmenter ou réduire le montant du forfait initialement choisi,
- Changer la couverture souscrite.

Un nouveau Délai d'attente de 6 (six) mois s'impose en cas de :

- Augmentation du montant du forfait initialement choisi, pour la couverture « TOUTES CAUSES », si l'Hospitalisation de l'Assuré est à la suite d'une Maladie,
- Changement de la couverture « ACCIDENT » à la couverture « TOUTES CAUSES », si l'Hospitalisation de l'Assuré est à la suite d'une Maladie.

En cas de modification des personnes Assurées, l'Adhérent est tenu d'informer Cocoon Assurance par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex, ou par e-mail, qui fera l'objet d'un accusé de réception formel, à l'adresse suivante : hospitalisation@cocoon.fr ou par téléphone au numéro suivant : 02 98 65 22 00.**

En contrepartie de toute modification, la cotisation sera modifiée et figurera dans le nouveau certificat d'adhésion, avec les nouvelles conditions de garantie ainsi que leur date d'effet.

18. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions définies par les articles L 114-1 et L 114-2 du code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- 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.

Conformément à l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- Toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- Toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

Elle est également interrompue :

- Par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
- Par 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,
 - L'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du code des assurances, les parties au Contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

19. INFORMATIONS DES ASSURÉS

Si l'Adhérent souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du Contrat, Cocoon Assurance est en mesure d'étudier ses demandes et réclamations. Pour cela, il peut contacter Cocoon Assurance par courrier à l'adresse suivante : **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex ou par e-mail, à l'adresse suivante : hospitalisation@cocoon.fr ou par téléphone au numéro suivant : 02 98 65 22 00.** Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut écrire à AXA - Service Informations Clients - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE cedex.

Si un désaccord subsiste, il a toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la société AXA dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Clientèle et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les données concernant l'Adhérent sont destinées à Coverlife et à AXA. Elles sont obligatoires pour la gestion du Contrat d'assurance. L'Adhérent reconnaît que Coverlife et AXA, responsables du traitement de son adhésion, peuvent communiquer ses réponses ainsi que les données le concernant

qu'ils pourraient ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de son dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de son dossier. L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de Cocoon Assurance ou en se connectant sur le site Internet www.cocoon.fr et d'AXA - Service Informations Clients - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE cedex. Par ailleurs et conformément à la loi « informatique, fichiers et libertés » l'Adhérent reconnaît être informé que les données recueillies par Cocoon Assurance lors de l'adhésion peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale auxquelles il peut s'opposer par courrier à l'adresse suivante : **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex** ou par e-mail, à l'adresse suivante : hospitalisation@cocoon.fr ou par téléphone au numéro suivant : **02 98 65 22 00**. AXA, en revanche, s'interdit d'utiliser les données ainsi récoltées à des fins de prospection commerciale. Par ailleurs, nous vous informons que vous pouvez vous opposer aux démarches téléphoniques en vous inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

L'Adhérent a reconnu être informé, conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification à l'adresse suivante pour les garanties d'assurance le concernant : **AXA - Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE cedex**

L'Assureur, responsable du traitement de son adhésion, peut communiquer ses réponses, ainsi que les données le concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de son dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de son dossier.

Si l'Adhérent souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du Contrat notamment à l'admission ou en cas de sinistre, son interlocuteur habituel chez Coverlife est en mesure d'étudier toutes ses demandes.

Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut adresser une réclamation à :

AXA Solutions Collectives - Service Réclamation Clientèle - 11 Boulevard des Bouvets 92000 NANTERRE

Si un désaccord subsiste, l'Adhérent aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la société AXA dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Qualité, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est : **l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Secteur Assurance - 61 rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09**

L'autorité chargée du contrôle de l'Assisteur est : **l'Autorité de Contrôle Prudentiel de la Banque Nationale de Belgique - Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles - Belgique - TVA BE 0203.201.340 - RPM Bruxelles - www.bnb.be**

Assurance Hospitalisation

Document d'information d'un produit d'assurance

Compagnies : AXA France vie et AXA IARD immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 et 722 057 460,

Produit : Contrat n°4784



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

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

Le contrat n°4784 est un contrat de groupe souscrit par COVERLIFE destiné à garantir le versement d'un forfait journalier à l'assuré en cas d'hospitalisation accidentelle ou hospitalisation toutes causes en fonction de son choix. Les garanties en cas de Décès peuvent être souscrites jusqu'à l'âge de 74 ans inclus. Les garanties en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie peut être souscrites jusqu'à 65 ans. Le garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail peuvent être souscrites jusqu'à 60 ans. Les garanties en cas de Perte d'emploi peuvent être souscrites jusqu'à 54 ans. L'adhésion est facultative.



Qu'est-ce qui est assuré ?

LES GARANTIES PREVUES :

- ✓ La **garantie Hospitalisation accidentelle ou hospitalisation toutes causes :**

Le versement d'un forfait journalier de base tel que défini dans le certificat d'adhésion sur une durée maximale d'hospitalisation de 45 jours pour les séjours en établissement de rééducation et de 365 jours pour tout autre séjour hospitalier. Si l'hospitalisation est à domicile, le montant de versé sera égal au forfait journalier de base tel que défini dans le certificat d'adhésion, pendant une durée maximale de 365 jours.

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré, pour couvrir le même risque, est limité à 109 500 (CENT NEUF MILLE CINQ CENTS) euros par an. Cette limite annuelle sera de 219 000 (DEUX CENT DIX-NEUF MILLE) euros en cas d'Hospitalisation suite à un Accident de la circulation.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Hospitalisation à domicile de retour précoce à domicile après accouchement,
- ✗ Hospitalisation domicile post-partum pathologique
- ✗ Hospitalisation à domicile à la prise en charge d'un nouveau-né
- ✗ Hospitalisation à domicile à la surveillance d'une grossesse à risque



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

L'Hospitalisation à Domicile, dans les cas suivants :

- ! un retour précoce à Domicile après accouchement (RPDA),
- ! un post-partum pathologique,
- ! la prise en charge d'un nouveau-né,
- ! la surveillance d'une grossesse à risque,

les Hospitalisations dues à une convalescence ou un séjour en maison de repos, de convalescence, d'hébergement, de plein air, de retraite, les Etablissements thermaux et climatiques, hospices, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médicopédagogiques, services de gérontologie, les Etablissements de cure, Les conséquences directes :

- ! d'une intervention chirurgicale,
- ! de traitement à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement,
- ! d'une Maladie psychique ou d'un état de démence,
- ! d'une grossesse ou d'une interruption volontaire de grossesse,
- ! des Maladies ou des Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- ! des Accidents résultant de la consommation par l'Assuré de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'Accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre
- ! des Accidents résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

Couverture accident délai de franchise : les hospitalisations ambulatoires ne sont pas prises en charge

Couverture toutes causes délai de franchise : l'indemnisation débute après application d'une franchise relative de 3 jours continus d'hospitalisation suite à maladie



Où suis-je couvert ?

Les garanties d'assurance s'exercent dans les pays couverts par la carte européenne d'assurance maladie, à l'exception de la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane française et la Réunion, dès lors que le pays n'est pas qualifié de "pays à risque" ni de "pays déconseillé" par le gouvernement français (site www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs) et que le séjour est inférieur à 3 (TROIS) mois. Tout séjour d'une durée supérieure à trois mois doit être notifié à l'Assureur.

L'Hospitalisation à Domicile est couverte seulement en France Métropolitaine.

Les prestations d'assistance au Domicile s'appliquent en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat

- Etre âgé d'au moins de 18 ans et de moins de 70 ans
- Avoir sa résidence principale et fiscale en France Métropolitaine, principauté d'Andorre et de Monaco
- Avoir une couverture d'assurance auprès de COVERLIFE

En cours de contrat

- Payer ses cotisations

En cas de sinistre

- adresser une déclaration accompagnée des pièces mentionnées dans la Notice d'information dans la section « DECLARATION DE SINISTRE »



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables :

- soit par prélèvement sur un compte bancaire dont l'Adhérent est titulaire,
- soit par carte bancaire dont les coordonnées ont été communiquées par l'Adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 4.2- « VENTE A DISTANCE »

L'assurance prend fin à l'égard de tous les Assurés indiqués sur le certificat d'adhésion :

- En cas de non-paiement de la cotisation, après application des dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances,
- A l'échéance annuelle de l'adhésion, sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du Contrat entre Coverlife et AXA FRANCE VIE, et INTER PARTNER ASSISTANCE,
- Au décès de l'Adhérent (cependant, si le Contrat couvre aussi son Conjoint ou concubin ou sa Famille, les droits et obligations de l'Adhérent décédé peuvent, avec l'accord de l'Assureur, être transférés à son Conjoint ou à son concubin ; le Contrat actuellement en vigueur sera résilié et un nouveau Contrat sera souscrit en remplacement),
- A l'échéance mensuelle suivant la réception par Coccoon Assurance de la demande de résiliation par l'Adhérent,
- En cas de dénonciation par l'Adhérent dans les 30 jours suivant la réception du courrier d'information de la modification du Contrat d'assurance,
- A l'échéance principale de l'adhésion par l'envoi d'un courrier recommandé à l'Adhérent deux mois avant la date d'anniversaire de son adhésion,

et au plus tard, le 1er jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit le 75ème anniversaire de l'Adhérent.

L'assurance prend fin :

- A l'égard de l'Adhérent et du Conjoint ou concubin, le 1er jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit son 75ème anniversaire,



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en nous contactant au 02 98 65 22 00 ou en adressant à Coccoon Assurance Hospitalisation- 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex- une lettre en recommandé de résiliation, ou un e-mail, qui fera l'objet d'un accusé de réception formel, à l'adresse suivante : hospitalisation@coccoon.fr. La résiliation prendra effet à l'échéance qui suit la date de réception de cette lettre ou de cet e-mail par Coccoon Assurance. Les Assurés cesseront d'être Assurés au titre du présent Contrat à partir de la date de prise d'effet de la résiliation.