

Article L.132-5-1

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel.

Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de deux mois.

Si vous souhaitez demander l'annulation de votre demande d'adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à : SMAM PRÉVOYANCE - 29, rue des Granges 37550 SAINT-AVERTIN



ANNULATION DE DEMANDE D'ADHÉSION

Code des assurances art. L. 132-5-1

CONDITIONS :

- compléter et signer ce formulaire
- l'envoyer par **lettre recommandée avec accusé de réception**
- utiliser l'adresse figurant au dos
- **l'expédier pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où l'Affilié(e) est informé(e) que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.**

Je soussigné, déclare annuler la demande d'adhésion ci-après et vous prie de me rembourser les cotisations perçues :

- nature du contrat souscrit :
- par l'intermédiaire du cabinet :
- date de l'adhésion :
- nom de l'Affilié(e) :
- adresse de l'Affilié(e) :

Signature de l'Affilié(e) :

Valeurs d'acquisition par âge

applicables en 2015

ÂGE	VALEURS D'ACQUISITION PAR ÂGE POUR 1 UNITÉ EN EUROS
20	0,868
21	0,880
22	0,891
23	0,903
24	0,914
25	0,926
26	0,938
27	0,950
28	0,963
29	0,975
30	0,987
31	0,999
32	1,012
33	1,024
34	1,037
35	1,050
36	1,062
37	1,075
38	1,089
39	1,102
40	1,115
41	1,129
42	1,142
43	1,155
44	1,169
45	1,182
46	1,196
47	1,211
48	1,225
49	1,239
50	1,254
51	1,268
52	1,283
53	1,297
54	1,313
55	1,328
56	1,345
57	1,361
58	1,378
59	1,394
60	1,411
61	1,425
62	1,438

ÂGE	VALEURS D'ACQUISITION PAR ÂGE POUR 1 UNITÉ EN EUROS
63	1,452
64	1,466
65	1,479
66	1,493
67	1,507
68	1,521
69	1,535
70	1,551
71	1,569
72	1,589
73	1,606
74	1,618
75	1,626
76	1,632
77	1,635
78	1,637
79	1,638
80	1,639
81	1,633
82	1,624
83	1,614
84	1,602
85	1,589
86	1,577
87	1,563
88	1,546
89	1,526

Valeur de service : 1,145 €



NOTICE D'INFORMATION

Contrat « SMAM dépendance » n° SDO00001

PRÉAMBULE

Le présent document constitue la notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative « Smam Dépendance » de durée annuelle à tacite reconduction souscrit dans le cadre de la Loi Madelin sous le n° SDO00001 :

- par **maSMAM** (maison des adhérents de la SMAM) – Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire sous le numéro W372004901 et publiée au Journal Officiel de la République Française, dont le siège social 108 rue Ronsard 37000 TOURS, ci-après nommée « Association »,
- auprès d'**OCIRP Vie**, entreprise régie par le code des assurances au capital de 26 192 964 euros, inscrite au registre du commerce et des sociétés de PARIS sous le numéro B 339 688 608, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan, 75008 Paris, ci-après nommée « Assureur ».

Ce contrat a été négocié pour le compte de l'Association, au profit de ses Adhérents, par SMAM Prévoyance qui en effectue la distribution et la commercialisation à titre exclusif, via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

La gestion des adhésions au contrat est effectuée pour le compte de l'Assureur par SMAM Prévoyance – SAS de Gestion et de Courtage en Assurances au capital de 45 088 € – RCS TOURS B 388 901 910 – n° d'immatriculation ORIAS n° 07 006 109 consultable sur site Internet de l'ORIAS : www.orias.fr – Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Siège Social : SMAM Prévoyance – 29 rue des Granges Galand – 37550 SAINT-AVERTIN
Tél. : 02 47 28 07 07 – Télécopie : 02 47 28 07 06 – Mail : infos@smamprevoyance.fr
Site : www.smamprevoyance.fr

ARTICLE 1 : DÉFINITIONS

1.1 L'adhérent

Il s'agit d'une personne physique, membre de maSMAM et âgée de 75 ans maximum à l'adhésion par différence de millésime, résident en France Métropolitaine ou dans les DROM (à l'exception de la Nouvelle Calédonie et de Mayotte), qui a fait une demande d'adhésion à la garantie « SMAM Dépendance ». Cette personne est adhérente, au contrat collectif à adhésion facultative, dès l'acceptation par l'assureur de son adhésion.

1.2 Le bénéficiaire

Il s'agit de la personne désignée au sein du Bulletin d'adhésion par l'adhérent. Cette personne désignée percevra la prestation due au titre de la garantie « SMAM Dépendance » à la suite de l'évènement ouvrant droit à prestation.

1.3 L'assureur

L'assureur est la société anonyme OCIRP Vie, entreprise régie par le code des assurances au capital de 26 192 964 euros, inscrite au registre du commerce et des sociétés de PARIS sous le numéro B 339 688 608, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan, CS 50 003 - 75008 Paris. Elle est désignée, ci-après, par le terme « l'assureur ».

Le contrôle de OCIRP Vie est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) visée par les articles L.310-12 et suivants du code des assurances.

1.4 La prestation

Il s'agit de rentes versées selon les modalités fixées aux articles 4 et 8 ci-après.

1.5 Evènement ouvrant droit à prestation

Il s'agit de la reconnaissance de l'état de dépendance de l'adhérent.

ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par maSMAM auprès d'OCIRP Vie, afin de faire bénéficier à l'ensemble des adhérents une garantie « OCIRP Vie Dépendance ».

La garantie accordée au titre de la présente notice s'entend en environnement technique, juridique et fiscal constant, s'agissant notamment des règles de reconnaissance de l'état de dépendance.

ARTICLE 3 : DÉFINITION DE LA GARANTIE

3.1 Définition de l'état de dépendance

L'état de dépendance, au sens de la présente notice est l'impossibilité médicalement constatée, d'accomplir, sans l'aide d'une tierce personne, certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante (se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle).

Cet état de dépendance est évalué dans le cadre de la présente notice par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), reconnue comme outil national d'évaluation de la dépendance et décrite en annexe 2-1 et 2-2 du code de l'action sociale et des familles.

L'état de dépendance totale au sens de la présente notice, est reconnu lorsque l'adhérent est classé dans l'un des deux premiers groupes iso-ressources (GIR 1 et 2) dans le cadre du bénéfice de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou par l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer trois des quatre actes élémentaires et essentiels de la vie courante mentionnés ci-dessus.

L'état de dépendance partielle au sens de la présente notice est reconnu lorsque l'adhérent est classé dans le troisième groupe iso-ressources (GIR 3), ou par l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer deux des quatre actes élémentaires et essentiels de la vie courante mentionnés ci-dessus.

Les définitions des trois premiers groupes sont les suivantes :

- **Groupe 1** : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **Groupe 2** : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.
- **Groupe 3** : personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles et partiellement leur capacité de se déplacer, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

En tout état de cause, l'état de dépendance totale au sens de la présente notice est automatiquement reconnu en cas de classement de l'adhérent suivant le classement en groupe 1 et 2 de la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer.

L'état de dépendance partielle au sens de la présente notice est reconnu uniquement en cas de classement en groupe 3 de la grille AGGIR confirmé par le médecin conseil de l'assureur. Le classement de l'adhérent en GIR 3, effectué dans le cadre de la mise en œuvre d'autres prestations dépendance, comme l'APA, n'est pas déterminant de la reconnaissance de l'état de dépendance partielle, au sens du présent contrat.

L'état de dépendance temporaire au sens du présent contrat, lié notamment à une hospitalisation ou à une période de traitement ou de convalescence, est reconnu à condition qu'il soit supérieur à une durée trois mois, et sous réserve que la personne ne puisse pas accomplir deux des quatre actes de la vie courante (dépendance partielle) ; ou que la personne ne puisse pas accomplir trois des quatre actes de la vie courante (dépendance totale).

3.2 Reconnaissance de l'état de dépendance

La reconnaissance de l'état de dépendance est constatée par le médecin conseil de l'assureur au vu du dossier de demande d'ouverture des prestations, précisé à l'article 8.3 de la présente notice et, le cas échéant, d'une visite médicale de l'adhérent, en l'absence de classement groupe 1 et 2 suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer.

3.3 Notification de l'état de dépendance

Le médecin conseil de l'assureur se prononce sur l'état de dépendance de l'adhérent dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande et de l'ensemble des pièces justificatives, sauf en cas de force majeure ou d'obstacle rencontré dans l'exécution de sa mission.

Un dossier refusé pourra être examiné à nouveau par le médecin conseil de l'assureur aux conditions suivantes :

- un délai de 3 mois minimum s'est écoulé depuis la dernière étude,
- les pièces justificatives actualisées relatives au dossier de demande d'ouverture des prestations devront être à nouveau produites ; elles devront comporter **des éléments nouveaux**, justifiant de l'aggravation de l'état de santé de l'adhérent, intervenus depuis la dernière demande.

Dans le cas où l'état de dépendance de l'adhérent est reconnu par le médecin conseil de l'assureur suite à un premier refus, le médecin conseil fixe la date à laquelle l'adhérent est reconnu dépendant au sens de l'article 3.1 ci-dessus.

3.4 Procédure de conciliation

Pour être recevable, toute contestation médicale doit être effectuée dans un délai de trois mois à compter de la notification de refus du Médecin conseil de l'assureur, à l'adhérent.

A défaut, ce dernier peut demander, à nouveau, l'ouverture des prestations dans le cadre de la procédure prévue à l'article 8 ci-après.

Dans le cas où l'adhérent, ou son représentant légal, et le médecin traitant de l'adhérent sont en désaccord avec la décision du médecin conseil de l'assureur, ils désignent ensemble un troisième médecin sur la liste des experts auprès des tribunaux.

A défaut d'entente sur ce choix, un médecin expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent qui statuera à la requête de la partie la plus diligente, les parties s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas lieu.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des voies de recours qui pourront être exercées.

Les honoraires du 3^{ème} médecin seront supportés par l'adhérent si la décision prise par le médecin conseil de l'assureur est confirmée par le médecin expert. A contrario, les frais seront supportés par l'assureur si la décision prise par le médecin conseil de l'assureur est infirmée. Dans ce dernier cas, le médecin expert désigné fixe la date de reconnaissance de l'état de dépendance de l'adhérent.

3.5 Évolution de l'état de dépendance de l'adhérent

Pendant le service de la rente, l'adhérent ou son représentant légal ou désigné sera tenu d'informer l'assureur, dans un délai de 30 jours, de l'évolution de son état de santé et notamment l'aviser de toute modification de son classement suivant la grille AGGIR ou tout autre élément équivalent, et l'informer de toute modification de son lieu effectif de résidence, de séjour ou d'hébergement.

Lorsque l'état de dépendance de l'adhérent est reconnu par le médecin conseil de l'assureur dans le cadre de l'article 8.3 de la présente notice, c'est-à-dire en l'absence de classement de l'adhérent suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, l'assureur peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales et contrôles jugés nécessaires permettant au médecin conseil de l'assureur de se prononcer sur la poursuite du service de la rente, sur sa majoration en cas de passage en dépendance totale, sur sa minoration en cas de passage en dépendance partielle, ou sur son arrêt en cas de cessation de l'état de dépendance au sens de la présente notice. Il pourra en outre demander la communication de tout document qu'il jugerait nécessaire pour apprécier l'état de santé de l'adhérent.

Le bénéficiaire de la rente dépendance (ou son représentant légal) doit, au 1^{er} janvier de chaque année, renvoyer le certificat de suivi de l'état de dépendance adressé par l'assureur, dûment renseigné.

En cas de refus de l'adhérent de se soumettre aux procédures de contrôle ou aux visites médicales, ou en cas d'obstacles mis par son représentant légal ou désigné, à la procédure d'évaluation du médecin, le service de la rente est suspendu.

ARTICLE 4 : LES MODALITÉS D'ADHÉSION

4.1 Conditions et modalités d'adhésion

4.1.1 Conditions d'adhésion

Les membres de maSMAM peuvent adhérer au présent contrat à condition :

- d'être âgé de 75 ans maximum à l'adhésion. L'âge s'entend par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année de demande de l'adhésion ;
- de ne pas être dépendant au sens du présent contrat ;
- de ne pas avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle ;
- de ne pas avoir effectué une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de toute autre prestation pouvant s'y substituer.

4.1.2 Modalités d'adhésion

Préalablement à l'envoi du Bulletin d'adhésion, l'adhérent doit avoir pris connaissance de la notice d'information sur les dispositions essentielles de la garantie et les conditions d'exercice de sa faculté de renonciation, du barème des valeurs d'acquisition et de service des unités de rente dépendance fixé par l'assureur.

L'adhérent adresse à SMAM Prévoyance, habilitée à gérer la garantie « SMAM Dépendance » les deux exemplaires du Bulletin d'adhésion dûment complétés et signés comportant notamment, les indications suivantes :

- sa date de naissance,
- le montant des cotisations dues au moment de l'adhésion,
- une mention selon laquelle l'adhérent certifie ne pas être dépendant au sens du présent contrat et notamment ne pas avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle.

En outre, avec le Bulletin d'adhésion, l'adhérent joint :

- mandat de prélèvement des cotisations
- un relevé d'identité bancaire
- une copie de la pièce d'identité de l'adhérent (recto verso)

SMAM Prévoyance vérifie la complétude du dossier.

L'adhésion ne peut être acceptée tant que SMAM Prévoyance n'est pas en possession de toutes les pièces nécessaires. Sa réponse intervient dans un délai d'un mois après réception du Bulletin d'adhésion complété et de l'ensemble des pièces complémentaires.

4.2 Date d'effet de la garantie et durée de la présente notice « SMAM Dépendance »

En cas d'acceptation de l'adhésion, SMAM Prévoyance délivre à chaque adhérent un certificat d'adhésion.

Cette acceptation est réalisée sur la base, des déclarations faites par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion, de la copie de sa pièce d'identité et des éventuelles formalités médicales auxquelles il a pu se soumettre.

La date d'effet est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Le compte individuel de l'adhérent ne pourra être ouvert qu'à partir du lendemain de l'encaissement de la première cotisation.

L'adhésion se poursuit jusqu'au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, par tacite reconduction.

4.3 Faculté de renonciation

Tout adhérent a la faculté de renoncer à la proposition d'assurance par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de trente jours à compter de la date de réception du Bulletin d'adhésion accompagné des documents contractuels qu'il aurait reçus, sur le modèle ci-après :

« Je soussigné (NOM et PRÉNOM de l'adhérent), demeurant à (résidence principale), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat « SMAM DÉPENDANCE » (numéro du contrat ou numéro de certificat si déjà délivré), que j'ai signé le (date), et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des cotisations versées.

A..... le Signature

A compter de l'envoi de cette lettre, la date du cachet de la poste faisant foi, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

Dans ce cas, les cotisations versées seront remboursées (hors frais de dossier et d'échéance) à l'adhérent dans les trente jours suivant la date de réception de ce courrier.

4.4 Déclarations inexactes ou incomplètes

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier s'expose à la nullité de la présente notice, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des sanctions prévues à l'article L. 113-9 du Code des assurances (réduction proportionnelle ou résiliation de la présente notice).

ARTICLE 5 : DURÉE DE L'ADHÉSION

5.1 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion valant conditions particulières.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier, sauf dénonciation faite au moins deux mois avant la fin de l'année civile par l'adhérent.

5.2 Résiliation de l'adhésion individuelle

L'adhésion peut être résiliée par l'adhérent par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à SMAM Prévoyance, deux mois au moins avant chaque échéance annuelle.

En cas de non-paiement des cotisations, l'adhésion est résiliée après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 6.3 ci-dessous.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de l'adhérent sur, notamment, tout ou partie des éléments de nature à permettre l'évaluation du risque, SMAM Prévoyance ou l'assureur peuvent résilier l'adhésion au contrat.

De même, en cas de rupture du lien qui unit le souscripteur à l'adhérent ou si l'adhérent cesse de payer les cotisations, celui-ci peut être exclu du bénéfice du contrat, conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

La résiliation entraîne l'arrêt du versement des cotisations et par extension l'arrêt de l'acquisition des unités de rente dépendance.

5.2.3 Effets de la résiliation ou de l'exclusion sur la garantie

• Principe

En cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion individuelle ou d'exclusion du contrat, l'adhérent demeure garanti sur la base du nombre, éventuellement réduit, d'unités de rente dépendance acquis grâce aux versements antérieurs de cotisations.

Dans ce cas, l'adhérent est associé à l'évolution du risque dépendance, de façon solidaire avec les adhérents cotisants, par une ou plusieurs réductions du nombre total d'unités dépendance inscrites dans son compte individuel. Ces réductions sont subordonnées à une décision du Conseil d'administration de l'assureur qui vérifie si ces mesures sont justifiées, en prenant en compte les résultats techniques et financiers du contrat.

• Modalités

Au titre d'une année, la réduction peut s'appliquer lorsque les valeurs d'acquisition des unités de rente applicables aux adhérents cotisants, progressent à un taux plus élevé que la valeur de service.

Le taux de cette réduction, pour un âge donné, est au maximum égal, au titre de l'année considérée, à l'écart constaté entre la progression de la valeur d'acquisition et celle de la valeur de service de l'unité de rente.

La réduction n'est pas applicable à l'adhérent qui perçoit la rente dépendance.

ARTICLE 6 : LES COTISATIONS

6.1 Base de calcul et montant des cotisations

Le montant des cotisations est fixé sur le certificat d'adhésion valant Conditions particulières.

Son montant est choisi à l'origine par l'adhérent sur le Bulletin d'adhésion.

La cotisation ainsi calculée pourra être modifiée pour intégrer les éventuelles taxes auxquelles ce contrat pourrait être soumis.

6.2 Paiement des cotisations

Il sera mis à la disposition de l'adhérent cinq possibilités de choix du montant des cotisations, **non cumulatives**. L'adhérent a le choix entre la possibilité de cotiser exclusivement :

- soit 30 € par mois ;
- soit 40 € par mois ;
- soit 50 € par mois ;
- soit 80 € par mois ;
- soit 100€ par mois.

Les cotisations donnent droit à des unités de rente dépendance, en fonction du barème des valeurs d'acquisition des unités de rente en vigueur à la date d'encaissement des cotisations.

La reconnaissance de l'état de dépendance, au sens de l'article 3 de la présente notice, entraîne la suspension du prélèvement des cotisations à compter du 1^{er} jour du mois suivant la notification de l'état de dépendance. Les cotisations éventuellement encaissées après cette date sont remboursées à l'adhérent. L'adhérent n'acquiert plus d'unité de rente dépendance pendant la période de versement des prestations.

En cas de cessation de l'état de dépendance, les cotisations sont payables à compter du 1^{er} jour du mois suivant l'arrêt du service de la rente.

Le montant des cotisations mentionné dans le Bulletin d'adhésion est payable suivant la périodicité et selon les modalités fixées dans le certificat d'adhésion valant conditions particulières.

Les cotisations cessent d'être dues, lors de la survenance d'un des événements suivants :

- le décès de l'adhérent ;
- la résiliation de la présente notice ou de l'adhésion.

6.3 Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'exclusion de l'adhérent du contrat ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par SMAM Prévoyance d'une lettre de mise en demeure en recommandé avec avis de réception.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai, le défaut de paiement de la cotisation entraîne son exclusion du contrat collectif à adhésion facultative « SMAM Dépendance ».

6.4 Unités de rente dépendance : valeurs d'acquisition - valeur de service

Les cotisations versées donnent droit à des unités de rente dépendance attribuées à l'adhérent au contrat et inscrites dans un compte individuel ouvert au nom de ce dernier. Elles sont dénommées « unités de rente dépendance ».

Le cumul des unités de rente dépendance inscrites au compte de l'adhérent, sert de base à la détermination du montant garanti en cas de dépendance, la reconnaissance de cet état pouvant être effectuée tant que l'adhérent est en vie.

Le décompte individuel des unités de rente est communiqué annuellement à l'adhérent cotisant et, sur sa demande, à l'adhérent qui n'est plus cotisant.

Le nombre d'unités de rente dépendance est obtenu en divisant le montant de chaque cotisation par la valeur d'acquisition correspondant à l'âge et au barème en vigueur à la date d'encaissement de la cotisation. L'âge de l'adhérent est déterminé par différence de millésime.

Le barème des valeurs d'acquisition est révisable annuellement par l'assureur, en fonction de l'évolution des résultats techniques du contrat, et applicable à l'adhérent à compter du premier janvier de l'exercice suivant.

L'adhérent au contrat collectif peut alors mettre fin à son adhésion et au prélèvement des cotisations à compter du 1^{er} janvier de l'exercice suivant, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à SMAM Prévoyance, au moins deux mois avant chaque échéance annuelle.

La valeur de service de l'unité de rente dépendance permet d'évaluer, à tout moment, le montant de la garantie acquise par l'adhérent au contrat, sous réserve de l'application de l'article 5.2 de la présente notice, en cas de cessation du versement des cotisations. Elle sert également à calculer, suivant l'article 6.1 de la présente notice, le montant de la rente dépendance en cas de reconnaissance de l'état de dépendance. Elle est revalorisée, chaque année, par l'assureur, en fonction des résultats du contrat.

La révision du barème des valeurs d'acquisition et de la valeur de service prend en compte les résultats des études actuarielles et financières que l'assureur réalise périodiquement sur les perspectives à moyen et long terme de la garantie dépendance.

6.5 Achat d'unités de rente dépendance additionnelles

Au moment de son adhésion et au plus tard dans les 3 mois qui suivent, l'assuré peut, sous réserve de respecter les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat, effectuer une demande en vue d'acquiescer des unités de rente dépendance additionnelles. Cette possibilité est proposée en contre partie du versement d'une cotisation unique dont le montant est limité à 20 fois la cotisation annuelle à laquelle il a souscrit initialement.

Lorsque la cotisation unique est supérieure ou égale à 1 000 €, l'acceptation de la demande est subordonnée à l'étude d'un questionnaire de santé, et le cas échéant du questionnaire médical, transmis par l'assuré, sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin-conseil de SMAM Prévoyance.

Le médecin-conseil donnera son avis, après étude confidentielle du questionnaire de santé, et le cas échéant du questionnaire médical, transmis par l'assuré.

Des résultats d'analyses ou d'examen médicaux complémentaires pourront être demandés par le médecin-conseil de SMAM Prévoyance.

Tout au long de son adhésion et au plus tard à 75 ans, l'assuré a la faculté d'effectuer une demande tous les 24 mois en vue d'acquiescer des unités de rente dépendance additionnelles. Cette possibilité est proposée en contrepartie du versement d'une cotisation dont le montant est limité à 20 fois la cotisation annuelle, sans pouvoir dépasser 6 000 € et être inférieur à 1 000 € ; L'acceptation par SMAM Prévoyance est subordonnée à l'étude d'un questionnaire de santé, et le cas échéant du questionnaire médical, selon les modalités prévues ci-dessus.

En tout état de cause, le montant total des cotisations versées au cours de l'adhésion au titre des achats d'unités de rente dépendance additionnelles ne peut excéder la somme de 18 000 €.

Dans tous les cas, le nombre d'unités de rente dépendance additionnelles est obtenu en divisant le montant de la cotisation par la valeur d'acquisition correspondant à l'âge et au barème en vigueur au moment du paiement de la cotisation correspondante.

6.6 Modalités de contre-assurance

En cas de décès de l'adhérent dans les trente-six mois suivant son adhésion, l'assureur procédera au remboursement d'une fraction de la cotisation unique, versée pour l'achat d'unités de rente additionnelles visé à l'article 6.5 ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- 75% de la cotisation, si le décès survient moins de douze mois suivant l'adhésion,
- 50% de la cotisation si le décès survient entre 12 mois et moins de 24 mois suivant l'adhésion,
- 25% de la cotisation si le décès survient entre 24 mois et 36 mois suivant l'adhésion.

Toutefois, si l'adhérent est reconnu dépendant préalablement à son décès intervenu dans les trente-six mois suivant l'adhésion, les prestations perçues au titre de la garantie dépendance viennent en déduction du remboursement de la fraction de cotisation prévu ci-dessus et seront versées aux bénéficiaires désignés par l'adhérent.

S'il n'a procédé à aucune désignation, le remboursement de la fraction de cotisation prévu ci-dessus est attribué par parts égales aux enfants de l'adhérent et, à défaut, il sera versé dans l'ordre et par parts égales à ses parents, ses frères et ses sœurs, ou à défaut à ses héritiers.

La désignation peut être modifiée par acte sous seing privé ou par acte authentique adressée à SMAM Prévoyance.

ARTICLE 7 : AUGMENTATION ET DIMINUTION DE LA GARANTIE

7.1 Augmentation de la garantie

Au 1^{er} janvier de chaque année, l'adhérent remplissant les conditions énoncées à l'article 4.1 du présent contrat, a la possibilité de demander une augmentation des cotisations initialement choisies, dans la limite des montants de cotisations indiquées dans le certificat d'adhésion (cf. montants art. 6.2). A cet effet, il adresse auprès de SMAM Prévoyance une demande de modification par lettre simple, deux mois avant l'échéance.

En cas d'acceptation de la demande d'augmentation par SMAM Prévoyance, celle-ci procède à l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion. La modification ne prend effet qu'à compter de l'encaissement du premier versement de la nouvelle cotisation.

En cas de refus de la demande d'augmentation des cotisations par SMAM Prévoyance, le montant de cotisations initialement fixé avant la demande d'augmentation reste applicable.

7.2 Diminution de la garantie

Au 1^{er} janvier de chaque année, l'adhérent a la possibilité de demander une diminution des cotisations initialement choisies, dans la limite des montants de cotisations indiqués dans le certificat d'adhésion. A cet effet, il adresse à SMAM Prévoyance une demande de modification par lettre simple, deux mois avant l'échéance.

En pareil cas, SMAM Prévoyance procède alors à l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion. La modification ne prenant effet qu'à compter de l'encaissement du premier versement de la nouvelle cotisation.

ARTICLE 8 : LES PRESTATIONS

8.1 Calcul, montant de la rente dépendance

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale ne relevant pas de l'une des exclusions décrites à l'article 11 le présent contrat garantit le versement d'une rente dépendance, dont le montant annuel est égal au produit du cumul des unités de rente dépendance inscrites au compte de l'adhérent, tout au long de son adhésion, par la valeur de service de l'unité en vigueur à la date de versement de la rente.

Le cumul des unités de rente dépendance inscrites au compte de l'adhérent peut être réduit dans les conditions de l'article 5.2.3

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance partielle, ne relevant pas de l'une des exclusions décrites à l'article 11 du contrat, **le montant de la rente est égal à 25 % de celle garantie en cas de dépendance totale.**

8.2 Délais, date d'effet et modalités de paiement

Dans le cas où l'état de dépendance est constaté par le médecin conseil de l'assureur ou suite à la procédure de conciliation, la rente dépendance est versée mensuellement à terme à échoir, à compter du mois suivant la notification de l'état de dépendance.

Le premier versement prend en compte les arrérages échus depuis la date d'ouverture du droit à prestations jusqu'au dernier jour du mois précédant ce premier versement.

Lorsque l'état de dépendance de l'adhérent est reconnu par le médecin conseil de l'assureur, c'est-à-dire en l'absence de classement de l'adhérent suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou

d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, la date d'ouverture du droit à prestations au sens de l'alinéa précédent, est fixée au premier jour du mois suivant la date du premier certificat médical visé à l'article 8.3 de la présente notice, sans pouvoir être antérieur de plus de 6 mois à la date du second certificat médical.

En revanche, lorsque l'adhérent est reconnu dépendant par le médecin conseil de l'assureur, suite à un premier refus, ou dans le cadre de la procédure de conciliation prévue à l'article 3.4 de la présente notice, la date d'ouverture du droit à prestations prise en compte pour le calcul du premier arrérage de rente est la date de reconnaissance de l'état de dépendance fixée par le médecin conseil de l'assureur, telle que prévue à l'article 3.3 de la présente notice, ou par le médecin expert.

Le versement de la rente dépendance est intégralement maintenu tant que l'adhérent demeure dans un état de dépendance au sens de la présente notice dans les conditions de l'article 3.1 de la présente notice.

8.3 Les formalités à remplir pour les demandes de liquidation des prestations

8.3.1 En l'absence de classement de l'adhérent suivant les groupes 1 et 2 de la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, ou en cas de classement groupe 3 de l'AGGIR, l'adhérent qui sollicite la liquidation de la prestation, ou toute autre personne de son entourage (représentant légal ou désigné) doit obligatoirement adresser à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception, les pièces justificatives suivantes, précisant l'état de dépendance de l'adhérent :

- formulaire de demande de prestations signé de l'adhérent ou de son représentant légal ou désigné ;
- l'imprimé type (Déclaration de dépendance) fourni par l'assureur et rempli par le médecin traitant ou un médecin gériatologue, transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur ;
- un deuxième imprimé type (Déclaration de dépendance) établi par autre médecin à au moins trois mois d'intervalle du premier certificat médical et portant sur le même objet ;
- relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier.

8.3.2 En cas de classement de l'adhérent suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, la demande de liquidation est effectuée auprès de l'assureur au moyen d'un dossier à constituer du formulaire de demande de prestations signé de l'adhérent ou de son représentant légal ou désigné et des pièces justificatives suivantes :

- tous documents certifiant l'attribution d'une prestation dépendance par les pouvoirs publics et indiquant le groupe iso-ressources ;
- l'imprimé type (Déclaration de dépendance) fourni par l'Assureur et rempli par le médecin traitant ou un médecin gériatologue, transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur ;
- relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

En cas de mise sous tutelle ou curatelle : l'adhérent doit remettre une copie certifiée conforme du jugement nommant le représentant légal du bénéficiaire.

L'Assureur se réserve la faculté de demander toute autre pièce complémentaire nécessaire à la constitution du dossier, au regard notamment des exclusions prévues à l'article 11 de la présente notice.

8.4 Cas de suspension et de cessation du paiement des prestations

La rente cesse d'être due à compter du 1^{er} jour du mois suivant :

- le décès de l'adhérent, sans prorata d'arrérage au décès ;
- la cessation de l'état de dépendance, sans préjudice pour l'adhérent du droit de solliciter à nouveau le bénéfice des prestations, en cas de rechute. Dans ce cas, la procédure applicable pour le bénéfice des prestations est celle prévue à l'article 8.3 de la présente notice.

Le bénéficiaire de la rente dépendance (ou son représentant légal) doit, au 1^{er} janvier de chaque année, renvoyer le certificat de suivi de l'état de dépendance adressé par l'assureur, dûment renseigné. A défaut de sa production, le versement de la rente dépendance est suspendu.

Par ailleurs, les prestations cessent, en tout état de cause, à la date de décès du bénéficiaire.

8.5 Revalorisation des rentes

La rente dépendance en cours de service est revalorisée annuellement en fonction de la progression de la valeur de service de l'unité de rente dépendance.

ARTICLE 9 : LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

L'adhérent s'oblige à :

- payer les cotisations selon les modalités convenues dans le Bulletin d'adhésion.
- répondre exactement aux questions posées, tant par écrit que par oral, par l'assureur ou SMAM Prévoyance, et lui remettre tout document de nature à faire apprécier les risques pris en charge par ces dernières. En apposant sa signature dans le Bulletin d'adhésion, l'adhérent confirme l'exactitude des éléments figurants dans celui-ci.

ARTICLE 10 : DÉDUCTIBILITÉ FISCALE DES COTISATIONS DE L'ADHÉRENT « LOI MADELIN »

Le contrat SMAM DEPENDANCE est éligible à la Loi Madelin.

L'Adhérent T.N.S. (Travailleur Non Salarié) qui souhaite bénéficier des possibilités de déductibilité fiscale de ses cotisations prévues dans le cadre de la « Loi Madelin » devra être à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires (base et complémentaires) dont il relève, lors de la souscription et à chaque renouvellement du contrat.

Une attestation indiquant le montant des cotisations déductibles sera systématiquement adressée chaque année à l'ensemble des TNS (hors agricoles). Il lui appartiendra de procéder ou non à la déduction de ces cotisations de son revenu professionnel (dans la limite du plafond légal en vigueur).

ARTICLE 11 : EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement, les sinistres de l'adhérent résultant :

- des tentatives de suicide ;
- des accidents, blessures, mutilations ou maladies provoqués intentionnellement par l'adhérent, son représentant, ou un membre de sa famille ;
- de l'usage de stupéfiants, tranquillisants ou de produits toxiques non ordonnés médicalement ;
- de l'alcoolisme chronique ;
- de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent a pris une part active, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- de la transmutation du noyau de l'atome, directement ou indirectement ;
- de risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids, vols d'essai, vols sur prototype, vols effectués avec un deltaplane ou un engin ULM, sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente, ou avec tout autre matériel équivalent, s'ils ne sont pas homologués ; navigation aérienne lorsque l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée ;
- de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions, ou de rallyes de vitesse.

ARTICLE 12 : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption,
- la désignation d'un médecin expert à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par SMAM Prévoyance à l'adhérent en cas de défaut de paiement des cotisations et par l'adhérent à l'assureur ou à SMAM Prévoyance en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 13 : RÉCLAMATIONS

En cas de réclamation, l'adhérent adresse sa demande, par courrier postale, au Service Clientèle OCIRP Vie, 17 rue de Maignan, CS 50 003, 75008 PARIS.

Ce dit service prendra donc en charge la réception des réclamations émises par l'adhérent en cas de besoin, et relevant du présent contrat OCIRP Vie reste en charge de la gestion et du traitement des réclamations en tant qu'assureur de la garantie dépendance.

ARTICLE 14 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En souscrivant au présent contrat, l'adhérent est protégé par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004.

En effet, l'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de SMAM Prévoyance, de l'assureur, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

SMAM PRÉVOYANCE - 29 rue des Granges Galand – 37550 Saint-Avertin.

NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE

Dans le cadre de services spécifiques, OCIRP VIE a mis en place un contrat d'assistance qui vous est proposé gracieusement :

- ce contrat inclut un service d'informations générales et de prévention, ainsi qu'un accompagnement en cas de dépendance d'un proche ;
- le tout est accessible dès l'adhésion à la garantie OCIRP VIE DÉPENDANCE.

Il prévoit aussi des prestations spécifiques destinées au bénéficiaire d'une rente dépendance.

L'ASSISTANCE OCIRP DÉPENDANCE

Vous bénéficiez d'une garantie OCIRP VIE DÉPENDANCE. Vous ouvrez droit à des services ou des prestations d'assistance immédiatement dès votre adhésion ou en cas de survenance d'une dépendance.

Filassistance International intervient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, toute l'année. À ce titre, Filassistance International met à la disposition des bénéficiaires le numéro de téléphone « indigo » suivant 0820 000 536 (tarif variable selon l'opérateur de téléphonie).

N° Indigo 0 820 000 536

Les informations transmises par FILASSISTANCE INTERNATIONAL sont des informations d'ordre général et communiquées dans le respect de la déontologie médicale des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique 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.

BÉNÉFICIAIRES ET DÉFINITIONS

Assuré : toute personne physique ayant souscrit le contrat d'assurance dépendance proposé par OCIRP VIE à compter du 1^{er} janvier 2012.

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

Proches parents : ascendants et descendants au premier degré, conjoint ou partenaire ayant conclu un pacs ou concubin notoire.

Sinistre : tout événement justifiant l'intervention de Filassistance International.

INFORMATION ET PRÉVENTION

Du lundi au vendredi de 9 h à 18 h (et 24 h sur 24, 7j/7 en cas de nécessité urgente), Filassistance International apporte aide et conseil dans les domaines des informations de la vie courante et de la santé.

Service de renseignement général

À la demande de l'assuré et sur simple appel téléphonique de celui-ci Filassistance International recherche et lui communique des renseignements concernant la vie pratique et notamment :

- l'habitation et le logement,
- les salaires,
- les assurances sociales, les allocations et les retraites,
- les services publics,
- le droit des consommateurs,
- l'hygiène de vie (alimentation, etc.),
- la préparation aux voyages (précautions sanitaires et comportementales),
- les effets secondaires des médicaments,
- les vaccinations,
- les informations générales sur les pathologies, la nutrition et les traitements.

La prestation de renseignement est assurée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

La responsabilité de Filassistance International ne peut en aucun cas être recherchée par l'assuré dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Aide à la recherche d'activités

Filassistance International aide l'assuré dans la recherche d'activités et le cas échéant le met en relation :

- avec des associations, clubs, entités dédiées au bien-être et au confort des seniors,
- ou des structures favorisant le maintien des capacités intellectuelles : cours liés aux nouvelles technologies, cours de langues, d'informatique, de dessin...

Les frais engagés sont à la charge de l'assuré.

RECHERCHE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ (Garantie accessible uniquement en France métropolitaine et dans la principauté de Monaco)

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

Toutefois, en dehors de situations d'urgence, 24 h/24 et 7j/7 Filassistance International apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde sur le lieu où survient l'accident ou la maladie (en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco). En aucun cas la responsabilité de Filassistance International ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible. De plus, Filassistance International peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

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

BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

À tout moment et sur simple appel téléphonique d'un bénéficiaire ou de ses proches parents, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance International, composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, d'assistantes sociales, de médecins, etc., peut proposer un « bilan prévention autonomie » (entretiens téléphoniques, informations, envoi de fiches spécifiques de prévention autonomie, sur des sujets tels que le matériel d'aide à la marche, l'environnement des marches d'escalier, la rampe, l'éclairage, les solutions pour la montée ou la descente, etc.). Lors des entretiens téléphoniques, notre équipe effectue une évaluation de la situation du bénéficiaire, aide à la constitution d'un dossier dépendance et perte d'autonomie, apporte des conseils sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.) et, le cas échéant oriente le bénéficiaire ou ses proches parents vers les organismes concernés.

En outre, Filassistance International aide le bénéficiaire ou ses proches parents à établir un état de ses dépenses et de ses revenus (ou ceux du proche dépendant), et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, notamment publiques, et ce, compte tenu de sa nouvelle situation financière, et le met en relation, le cas échéant, avec les services sociaux locaux.

Le « bilan prévention autonomie » est destiné, sur demande du bénéficiaire ou celle de ses proches parents, à aborder les problèmes qui se posent dans leur vie de tous les jours pour effectuer les actes de la vie quotidienne (se lever, se déplacer, se laver, faire ses courses, s'habiller, ranger sa maison, etc.). Ce bilan est à leur disposition afin de permettre le maintien à domicile.

À partir de cette approche, des conseils et recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pourront être donnés par l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance International, pour accompagner le bénéficiaire ainsi que ses proches parents dans leur démarche de maintien à domicile. Une solution en téléassistance pourra alors être envisagée avec une prise en charge des frais de mise en service.

Si besoin, un diagnostic plus complet au domicile du bénéficiaire ou de son proche parent, par un spécialiste (ergothérapeute ou autre) sur l'aménagement de son habitat et de son environnement pourra être proposé (prévention pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation fonctionnelle, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance de la personne, réinsertion sociale et familiale, proposition d'aide spécifique au handicap, etc.), en synergie avec notre équipe et différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.

Les frais engagés étant à la charge du bénéficiaire.

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

Les informations transmises par l'équipe de Filassistance International sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

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

INFORMATION SUR LES DROITS ET LES DÉMARCHES EN CAS DE DÉPENDANCE D'UN PROCHE

Service de renseignement sur la dépendance

Filassistance International communique à l'assuré toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche parent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, Filassistance International, le cas échéant et sur demande, met en contact l'assuré avec les organismes concernés.

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

Sur simple appel de l'assuré, lors de la survenance de la dépendance d'un proche parent, Filassistance International peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médicosociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, etc. destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS

À la demande de l'assuré, Filassistance International aide à la recherche de l'établissement le plus proche de la personne dépendante (GIR 3, 2, 1) correspondant à sa pathologie.

De plus, Filassistance International assure, si l'assuré le souhaite, la prise en charge du dossier administratif.

Recherche d'établissements spécialisés

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, Filassistance International recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir les proches parents de l'assuré, en état de dépendance, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Recherche d'établissements temporaires

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, Filassistance International recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir temporairement les proches parents dépendants de l'assuré, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'assuré le souhaite, Filassistance International réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

CONSTITUTION DU DOSSIER FINANCIER

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, Filassistance International aide l'assuré dans la constitution du dossier lié à la dépendance d'un proche parent devenu dépendant (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).

En cas de dépendance GIR 3, 2, 1, Filassistance International aide à la réalisation du montage du dossier « financier » personnalisé de la personne dépendante (droits et aides possibles) :

- APA ;
- région ;
- département ;
- organisation des démarches ;
- etc.

Cette prestation est destinée au salarié quand il est aidant d'un parent dépendant GIR 3, 2, 1 (père, mère, conjoint ou enfants) ou à ses parents aidants lorsqu'il est lui-même en dépendance GIR 3, 2, 1.

AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE

Les frais engagés restent à la charge de l'assuré.

Les experts de Filassistance, à la demande du salarié aidant, réalisent avec lui pour le compte de son proche (père, mère, conjoint ou enfants) dépendant (GIR 3, 2, 1) un bilan sur sa situation afin d'organiser au mieux son habitat, de définir les aides techniques, et les services de proximité qui lui sont nécessaires, et organise si le salarié le souhaite la venue d'un ergothérapeute (honoraires de l'ergothérapeute à la charge du salarié) au domicile de son parent dépendant.

Filassistance International organise alors l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement. Il est à la disposition de l'assuré dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations, etc.

À la suite de ce bilan, à demande de l'assuré, Filassistance International :

- recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement et met en relation l'assuré avec ces entreprises s'il le souhaite,
- donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptateur sur véhicules, sur les associations.

En aucun cas Filassistance International ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE L'ASSISTANCE

L'assuré peut prétendre aux prestations d'assistance tant qu'il adhère à la garantie OCIRP VIE DÉPENDANCE, via son entreprise ou à titre individuel dans le cadre du maintien de garantie, et sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

La garantie assistance s'applique en France métropolitaine, dans la Principauté de Monaco et dans les DROM où l'assuré doit être domicilié.

RESPONSABILITÉ DE L'ORGANISME D'ASSISTANCE

La responsabilité de l'organisme d'assistance ne peut en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

L'organisme d'assistance est seul responsable vis-à-vis des bénéficiaires du présent contrat du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance lors d'un sinistre. Ainsi, il s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont il dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues.

Toutefois, l'organisme d'assistance ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par :

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

CONTRÔLE - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

L'organisme d'assistance est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) : 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

Pour toute réclamation relative au contrat, l'assuré peut s'adresser à l'organisme d'assistance.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation, il peut demander l'avis du médiateur de l'organisme d'assistance. Les modalités de la procédure de médiation sont communiquées sur demande adressée à : Filassistance International - Instruction de la Médiation 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

OCIRP VIE est le souscripteur du contrat d'assistance pour le compte des assurés et des bénéficiaires de la garantie OCIRP VIE DÉPENDANCE, en sa qualité d'organisme assureur. L'ensemble des services ou des prestations d'assistance est assuré par la société Filassistance International dénommée l'organisme d'assistance dans cette brochure.

La présente documentation vaut notice d'information.

OCIRP VIE, société anonyme au capital de 26 192 964 €, entreprise régie par le Code des assurances. RCS PARIS 339 688 608.
Siège social situé au 17, rue de Marignan Paris (8^e)

Filassistance International - SA au capital de 3 500 000 EUR entièrement libéré
Entreprise régie par le Code des Assurances - Immatriculée au RCS de Nanterre au numéro 433 012 689
Siège social : 108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud cedex