Notice d’information

Prévoyance collective

Contrat à adhésion facultative

NI CDG 04PREV FAC 24A

relyens.eu

relyens

GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

Sommaire

5

Présentation du contrat 5

Préambule 5

Article 1. Objet du contrat 5
Article 2. Obligations de votre Employeur 5
Article 3. Définitions 6
Article 4. Rémunération de référence 7

TITRE I. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT 9

Chapitre 1. Adhésion au contrat collectif 10

Article 5. Qui peut adhérer au contrat ? 10
Article 6. Vos conditions d'admission 10
6.1 Vos modalités d'adhésion 10
6.2 Vos Formalités d'adhésion 12
6.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif 12
6.4 Durée et renouvellement de l'adhésion 12
6.5 Renonciation 12
Article 7. Dénonciation de l'adhésion 13

Chapitre 2. Cotisations 13

Article 8. Modalités de calcul des cotisations 13
8.1 Base de cotisations 13
8.2 Exonération totale ou partielle de la cotisation 13
Article 9. Modalités de paiement des cotisations 14
Article 10. Dispositions en cas de non-paiement des cotisations 14

Chapitre 4. Sinistres 15

Article 11. Règlement de vos sinistres 15
Article 12. Prestations indues 15
Article 13. Revalorisation de vos prestations 15
Article 14. Contrôle médical 15

Chapitre 5. Dispositions diverses 16

Article 15. Fausse déclaration intentionnelle 16
Article 16. Fausse déclaration non intentionnelle 16
Article 17. Subrogation 17
Article 18. Prescription 17
Article 19. Renseignement - Réclamations 18
Article 20. Médiation 18
Article 21. Protection des données à caractère personnel 19
Article 22. Autorité de contrôle 23
Article 23. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 23

TITRE II. GARANTIES DU CONTRAT 24

Chapitre 1. Dispositions communes 25

25
Article 24. Base des garanties 25
Article 25. Prise d'effet des garanties 25
Article 26. Modification des options et du niveau des garanties 25
Article 27. Suspension et cessation des garanties 26
27.1 Suspension des garanties 26
27.2 Cessation des garanties 26
Article 28. Maintien des garanties 27
28.1 Maintien obligatoire des garanties en cas de suspension indemnisée 27
28.2. Maintien des garanties en cas de portabilité (changement d'employeur) 28
28.3 Maintien des prestations en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance 28
Article 29. Exclusions 29
29.1 Exclusions générales 29
29.2 Exclusions propres à la garantie Décès 29
Article 30. Prestations complémentaires 29

Chapitre 2. Définitions et conditions des garanties 30

Section 1. Garantie incapacité temporaire totale de travail 30

Article 31. Objet de la garantie 30
Article 32. Montant de la prestation 30
Article 33. Point de départ du service de la prestation 31
Article 34. Cessation de la prestation 31
Article 35. Pièces à fournir 32

Section 2. Garantie invalidité permanente 32

Article 36. Objet de la garantie 32
Article 37. Montant de la prestation 32
Article 38. Point de départ du service de la prestation 33
Article 39. Cessation de vos prestations 34
Article 40. Pièces à fournir 34

Section 3. Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente 34

Article 42. Montant de la prestation 35
Article 43. Point de départ du service de la prestation 35
Article 44. Cessation de la prestation 36
Article 45. Pièces à fournir 36

Section 4. Garantie en cas de décès 37

Sous-section 1. Garantie décès toutes causes et PTIA 37

Article 46. Objet de la garantie 37
Article 47. Montant de la prestation 37
Article 48. Bénéficiaires 37
Article 49. Règlement de la prestation 38
Article 50. Cessation de la garantie 38
Article 51. Pièces à fournir 38

Annexes

Annexe 1. Pièces à fournir pour l'ouverture des droits aux garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente et perte de retraite consécutive à une invalidité permanente : tableau récapitulatif

Annexe 2. Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la garantie en cas de décès (toutes causes et PTIA ; rente de conjoint ; rente éducation et frais d'obsèques) : tableau récapitulatif

Annexe 3. Déclaration de situation d'assurance

Présentation du contrat

Préambule

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion facultative est régi par le chapitre II du titre II du livre VIII du Code général de la fonction publique et le Code des assurances.

Les garanties « incapacité temporaire de travail », « invalidité » et « perte de retraite » sont assurées par la Relyens Mutual Insurance et les garanties décès par Relyens Life Insurance. Les deux sociétés sont membres du groupe Relyens.

La présente notice d'information a pour objet de vous aider à mieux comprendre le fonctionnement de votre contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative. Elle vous présente les garanties proposées dans le cadre du contrat souscrit par votre Employeur, leurs modalités de mise en œuvre et leurs prises en charge par l'Assureur.

Article 1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de définir les garanties et les modalités de versement des prestations en cas :

- d'incapacité temporaire totale de travail,
- d'invalidité,
- de perte de retraite,
- de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),

Etant précisé que :

- **l'adhésion aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité permanente est obligatoire**,
- les garanties perte de retraite, décès/PTIA sont optionnelles.

Article 2. Obligations de votre Employeur

Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, votre Employeur s'engage, sous sa seule responsabilité, à :

- vous remettre un exemplaire de la notice d'information établie par l'Assureur ;
- vous informez par écrit des modifications qui seraient, le cas échéant, apportées à vos droits et obligations et ce, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La preuve de la remise de la notice et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à votre Employeur.

Article 3. Définitions

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident : Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de votre part et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants : rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie méningée, accidents vasculaires cérébraux.

Assuré : Désigne la personne physique bénéficiant des prestations de l'Assureur au titre du contrat collectif à adhésion facultative auquel votre Employeur a adhéré.

Assureur :

- Pour les garanties en cas de décès :

Relyens Life Insurance - Société Anonyme au capital de 6 000 000 € - N° 487 632 861 RCS LYON - Entreprise régie par le Code des assurances - 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON. Relyens Life Insurance est une filiale de Relyens Mutual Insurance.

- Pour les autres garanties :

Relyens Mutual Insurance - Société d'Assurance Mutuelle – N° 779 860 881 RCS LYON - Entreprise régie par le Code des assurances - 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08.

Relyens Mutual Insurance gère l'ensemble des garanties du contrat pour le compte des deux sociétés. Les deux sociétés sont appelées dans la suite du contrat, « l'Assureur ».

Concubin : personne vivant en couple avec vous dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil). Cet état est démontré par la transmission d'un certificat de concubinage et d'une facture aux deux noms de moins de six (6) mois à l'adresse commune.

Courtier Gestionnaire : Relyens SPS - Société Anonyme au capital de 52 875 € - Inscrite au Registre unique des intermédiaires d'assurance tenu par l'ORIAS sous le numéro 07000814. (www.orias.fr) - N° 335 171 096 RCS BOURGES – route de Creton – 18110 VASSELAY. Relyens SPS est une filiale de Relyens Mutual Insurance.

Délai de stage : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, bien que vous cotisiez. Cette période commence à courir à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Les sinistres nés pendant le délai de stage, et leurs rechutes, ne sont pas indemnisés. Le délai de stage s'apprécie dans les conditions énoncées à la présente notice d'information. **Par dérogation, le délai de stage ne s'applique pas à la garantie « Décès / PTIA ».**

Enfants à charge : Les enfants de moins de vingt et un (21) ans qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont vous pourvoyez aux besoins et assumer la charge effective et permanente de leur entretien au sens de l'assurance maladie ou pour lesquels vous versez une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Sont également concernés, les enfants de moins de vingt-six (26) ans :

- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de dix-huit (18) ans,
- qui sont en apprentissage.

Sans condition d'âge, les enfants qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Franchise : Période qui suit la date de réalisation du risque couvert et qui n'est pas indemnisée par l'assureur.

Garanties prévoyance : Garanties couvrant l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité permanente, la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), la perte de retraite ou le décès.

Souscripteur : La personne morale souscriptrice du présent contrat. Pour la compréhension du contrat, le Souscripteur sera désigné de façon indifférente par les termes « Employeur » et « Souscripteur ».

Article 4. Rémunération de référence

La rémunération de référence est définie au regard des éléments suivants de votre rémunération mensuelle :

- Le traitement indiciaire (TI) / le salaire,
- Le complément de traitement indiciaire (CTI),
- Nouvelle bonification indiciaire (NBI),
- Le cas échant, le régime indemnitaire.
- **Le revenu de référence, qui est l'assiette des cotisations en brut et des prestations en net, est composé :**

Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :

- Du traitement indiciaire (TI), y compris le complément de traitement Indiciaire (CTI) et l'indemnité compensatrice de la CSG,
- De la nouvelle bonification indiciaire (NBI),
- Du régime indemnitaire (RI),

- **<u>à</u> <u>l'exception</u> des primes et indemnités suivantes :**
  - Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
  - Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
  - Les avantages en nature,
  - Les indemnités d'enseignement ou de jury et autres indemnités non directement liées à l'emploi,
  - La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir, notamment le complément indemnitaire annuel (CIA),
  - Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
  - La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

Pour les agents contractuels de droit privé :

- Du revenu brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

Lorsqu'il est fait mention à la rémunération de référence nette, cela correspond à la rémunération de référence brute soumis à retenue pour pension, diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, Sécurité sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

TITRE I. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

Chapitre 1. Adhésion au contrat collectif

Article 5. Qui peut adhérer au contrat ?

Votre adhésion au présent contrat collectif est facultative.

Tous les agents peuvent adhérer au présent contrat collectif, notamment :

- les fonctionnaires, titulaires ou stagiaires, à temps complet ou non,
- les agents contractuels de droit public,
- les agents contractuels de droit privé,
- les agents détachés auprès du Souscripteur,
- les agents mis à disposition auprès du Souscripteur, sous réserve d'obtenir l'autorisation de la collectivité dont ils dépendent.
- Les agents fonctionnaires momentanément privés d'emploi, ne sont pas couverts

Article 6. Vos conditions d'admission

6.1 Vos modalités d'adhésion

- **Dans les six (6) premiers mois de la date d'effet du contrat, de la date de recrutement ou de la date de reprise d'activité :**

Votre situation	Conditions de la demande	Prise d'effet de l'adhésion / garanties
Activité normale de service	Dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet du contrat ou de votre recrutement	A la date de demande
Temps partiel thérapeutique / période de préparation au reclassement	Dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet du contrat ou votre recrutement	(1) A la date de demande
Absences pour raisons non médicales (2)	Dans les six (6) mois qui suivent la reprise de votre activité normale de service (3)	1er jour du mois suivant la demande
Absences pour raisons de santé (4)	**Si la radiation d'un contrat couvrant les mêmes risques est simultanée avec l'adhésion au présent contrat :** A la date de reprise votre activité normale de service à temps complet	A la date de demande
	A défaut A compter du trente et unième (31ième) jour de votre reprise d'activité normale de service à temps complet(5)	A la date de demande

(1) Non prise en charge des conséquences du risque en cours
(2) Absences pour raisons non médicales telles que disponibilité pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale, congé sabbatique .....
(3) Délai de douze (12) mois commence à courir à compter du 1er jour du mois qui suit la reprise de l'activité normale de service à temps complet
(4) Congé pour raison de santé fractionné ou non, disponibilité d'office pour raison de santé, congés de maternité et liés aux charges parentales ou congés pour risques professionnels

(5) La période de 30 jours n'est pas applicable aux congés de longue maladie, longue durée, grave maladie fractionnée.

- **Au-delà des six (6) premiers mois :**

Votre situation	Conditions de la demande	Prise d'effet de votre adhésion	Prise d'effet des garanties (1)
Activité normale de service	Au-delà des six (6) mois après la date d'effet du contrat ou de votre recrutement	A la date indiquée sur le bulletin d'adhésion	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion Pour les agents couverts par un précédent contrat, à l'issue de la première date d'échéance de leur contrat individuel couvrant les mêmes risques.
Temps partiel thérapeutique / période de préparation au reclassement	Au-delà des six (6) mois qui suivent la date d'effet du contrat ou votre recrutement	1er jour du mois suivant la demande	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion (2)
Absences pour raisons non médicales (3)	Au-delà des six (6) mois qui suivent votre reprise normale de service à temps complet (4)	1er jour du mois suivant la demande	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion
Absences pour raisons de santé (5)	Au-delà des six (6) mois, à l'issue d'une période de 30 jours qui suit votre reprise normale de service à temps complet (4)	1er jour du mois suivant la demande	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion

(1) La garantie décès n'est pas soumise au délai de stage

(2) Non prise en charge des conséquences du risque en cours

(3) Absences pour raisons non médicales telles que disponibilité pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale, congé sabbatique….

(4) Délai de six (6) mois à courir à compter du 1er jour du mois qui suit la reprise de l'activité normale de service à temps complet

(5) Congé pour raison de santé fractionné ou non, disponibilité d'office pour raison de santé, congés de maternité et liés aux charges parentales ou congés pour risques professionnels

6.2 Vos Formalités d'adhésion

Votre demande d'adhésion se fera par voie dématérialisée sauf avis contraire et doit obligatoirement comprendre les documents suivants :

- votre bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, dûment complété, daté et signé,

- une copie de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport valide,

- une demande de précompte sur traitement, pour le paiement des cotisations ou lorsque ce mode de prélèvement n'est pas possible, un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB,

- le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme assureur.

6.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif

La date de prise d'effet de votre adhésion au contrat collectif vous est notifiée via votre espace (ou sur demande expresse de votre part, par courrier).

6.4 Durée et renouvellement de l'adhésion

Votre adhésion au contrat collectif est valable jusqu'au 31 décembre inclus de l'année d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessations des garanties dans les conditions prévues à l'article 27.2 de la présente notice d'information ou dénonciation de votre adhésion visée à l'article 7.

6.5 Renonciation

A compter de la date de prise d'effet de votre adhésion au contrat collectif, vous disposez d'un délai de trente (30) jours calendaires, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à votre adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

La lettre de renonciation doit être adressée à l'Assureur à l'adresse mail ou postale figurant sur le bulletin d'adhésion.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, l'Assureur vous rembourse le montant de la cotisation versée.

Toutefois, dans l'hypothèse où vous avez demandé à l'Assureur le versement de prestations dans le délai de trente (30) jours visé ci-dessus, vous ne pourrez plus user de la faculté de renonciation.

Lorsque vous faites usage de la faculté de renonciation, vous ne pourrez plus adhérer au présent contrat collectif.

Article 7. Dénonciation de l'adhésion

- Au 31 octobre de chaque année

Conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, vous pouvez mettre fin à votre adhésion, chaque année, en envoyant une demande dans les conditions visées à l'article L113-14 du Code des assurances, au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat.

Votre adhésion prend fin à la date d'échéance du contrat.

- En cas de modification des droits et obligations

Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, le Souscripteur est tenu de vous informer en vous remettant la notice établie à cet effet par l'Assureur.

La preuve de cette remise incombe au Souscripteur.

Dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information, vous pouvez dénoncer votre affiliation en raison de ces modifications.

Chapitre 2. Cotisations

Article 8. Modalités de calcul des cotisations

8.1 Base de cotisations

L'assiette servant de base au calcul des cotisations est définie comme étant la rémunération de référence brute définie à l'article 4 de la présente notice.

Le montant de la cotisation inclut les taxes applicables aux taux en vigueur au jour de la prise d'effet du présent contrat collectif.

8.2 Exonération totale ou partielle de la cotisation

Vous-même ainsi que votre Employeur continuez de vous acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée (demi-traitement, indemnités journalières ou de coordination, l'allocation d'invalidité temporaire…). Cette cotisation est calculée sur la base de votre rémunération de référence brute ou de votre l'indemnisation.

En cas de versement de la garantie invalidité et perte de retraite, aucune cotisation n'est due à l'assureur.

Par ailleurs, en cas de suspension de votre activité ou de votre contrat de travail (congé parental, disponibilité pour convenances personnelles ...), aucune cotisation n'est due à l'Assureur et les garanties sont suspendues, conformément à l'article 27.1 de la présente notice d'information.

Article 9. Modalités de paiement des cotisations

L'ouverture des droits à prestations est subordonnée au paiement des cotisations afférentes aux garanties prévoyance dont vous bénéficiez au titre du présent contrat collectif.

Les cotisations, exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation, font l'objet d'un précompte mensuel sur votre traitement ou votre salaire par le Souscripteur.

Les cotisations globales sont versées par le Souscripteur à l'Assureur dans le délai de dix (10) jours suivant le dernier jour de chaque trimestre.

Lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, vous vous acquittez de la cotisation directement, par prélèvement mensuel effectué sur votre compte bancaire.

Article 10. Dispositions en cas de non-paiement des cotisations

- Cotisation précomptée par le Souscripteur

Lorsque le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse au Souscripteur, l'Assureur l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf si vous vous substituez au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat collectif dix (10) jours après le délai de trente (30) jours mentionné au premier alinéa du présent article.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de l'Assureur, ont été payées à celui-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Si le retard de paiement est imputable aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations, l'Assureur s'engage à ne pas appliquer la procédure décrite ci- dessus, dans la limite de six (6) mois.

- Cotisation non précomptée par le Souscripteur

Lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation, vous pouvez être exclu du groupe si vous ne vous acquittez pas de votre cotisation dans les dix (10) jours de son échéance.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies par la présente notice d'information. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement.

Chapitre 4. Sinistres

Article 11. Règlement de vos sinistres

Toutes vos demandes d'indemnisation doivent être transmises via votre espace client ou à l'adresse indiquée dans la présente notice d'information.

Elles devront parvenir à l'Assureur dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date à laquelle vous pouvez prétendre au paiement des prestations au titre de la garantie.

Article 12. Prestations indues

Vous êtes tenu d'aviser, sans délai, l'Assureur de tout changement intervenant dans votre situation susceptible d'avoir une incidence sur le bénéfice de la garantie, et ce même en cas d'effet pécuniaire rétroactif. A cet effet, vous devrez produire toutes pièces justificatives.

Vous vous engagez à rembourser spontanément à l'Assureur toutes les sommes perçues à tort se rapportant aux périodes pendant lesquelles la prestation vous aura été versée, qu'elles aient fait ou non l'objet de rappels de la part de l'Assureur, et acceptez expressément qu'une compensation puisse être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures.

En tout état de cause, l'Assureur est fondé à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée, par toute voie de droit.

Article 13. Revalorisation de vos prestations

Le montant de l'indemnité journalière de la garantie incapacité temporaire de travail est réévalué selon l'évolution de votre point d'indice majoré.

Le montant de la rente de la garantie invalidité est réévalué au 1er juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois, et selon le taux défini par l'Assureur.

Article 14. Contrôle médical

L'Assureur s'engage à suivre les décisions prises par votre Employeur conformes à l'avis du Conseil Médical et à procéder à l'indemnisation afférente.

Dans tous les autres cas, l'Assureur se réserve le droit de vous soumettre à un contrôle médical en cours de versement de prestations pour les garanties incapacité temporaire totale de travail et PTIA.

L'Assureur statue sur l'arrêt ou la poursuite du paiement de vos prestations et vous notifie sa décision directement.

Si vous contestez le résultat du contrôle, vous pouvez demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin mandaté par l'Assureur. Vous supporterez les frais afférents à cette procédure.

A la suite de l'expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci font appel à un troisième médecin pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de l'Assureur, par le Président du Tribunal Judiciaire du département dans le ressort duquel se trouve votre domicile.

Les conclusions du troisième médecin s'imposent sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Vous et l'Assureur supportez les honoraires de votre propre médecin. Les honoraires du troisième médecin sont :

- à la charge de l'Assureur si le troisième médecin infirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin de l'Assureur.

- à votre charge si le troisième médecin confirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin de l'Assureur.

Si vous refusez de vous soumettre à un contrôle médical ou si vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, vos prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier.

Chapitre 5. Dispositions diverses

Article 15. Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 16. Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte de votre part, dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir votre adhésion dans le cadre du présent contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation, sous réserve de votre acceptation. A défaut d'accord, l'adhésion prend fin dix (10) jours après notification par lettre recommandée.

L'Assureur vous restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Assureur par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 17. Subrogation

Conformément à l'article L. 131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence des prestations versées dans vos droits et actions, et ceux de vos ayants droit ou bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre.

Article 18. Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant des opérations de l'Assureur sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas l'Assuré et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

Article 2240

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

Article 2241

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

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

Article 2242

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

Article 2243

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

Article 2244

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

Article 2245

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

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

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

Article 2246

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

Article 19. Renseignement - Réclamations

En cas de difficulté relative à l'application du contrat, il est d'abord recommandé de formuler votre demande auprès de votre interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre vous et l'Assureur.

Si votre insatisfaction demeure ou en cas de cas de désaccord avec la réponse apportée, vous disposez d'une voie de recours amiable auprès du Service Réclamation Clients de l'Assureur en adressant sa réclamation :

- par mail à l'adresse suivante qualite.santesocial@relyens.eu
- ou par courrier au Courtier Gestionnaire à l'adresse suivante : Relyens SPS – Service Réclamations – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex.

Le Service Réclamation Clients de l'Assureur accuse réception de votre réclamation dans les quarante-huit (48) heures ouvrées à compter de sa réception et la traite dans les quinze (15) jours ouvrés maximum suivant sa réception.

Article 20. Médiation

Le Médiateur de l'Assurance est compétent dans le cadre d'un litige opposant un consommateur, assuré ou bénéficiaire, d'un litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance à une entreprise ou intermédiaire d'assurance, membre de la Médiation de l'Assurance, et portant sur l'exécution d'un contrat.

En application de l'article L. 612-2 du Code de la consommation, un litige ne peut être examiné par le Médiateur de l'Assurance lorsque :

- l'Assuré ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Assureur par une réclamation écrite ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un tribunal ;
- l'assuré a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un (1) an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Assureur ;
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la consommation.

La saisine du Médiateur suspend la prescription, en application des dispositions de l'article 2238 du Code civil.

Le Médiateur rend une proposition de solution dans un délai maximum de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de recevabilité de la saisine. Ce délai peut être prorogé en cas de litiges complexes.

En cas de litige persistant, après épuisement des voies de recours internes de traitement des réclamations et dans un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation, l'Assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier à l'adresse suivante :

  La Médiation de l'assurance

  TSA 50110

  75441 Paris Cedex 09

- Par mail :

  le.mediateur@mediation-assurance.org

- Sur le site internet :

  www.mediation- assurance.org.

Article 21. Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de leurs activités, les sociétés du groupe Relyens sont amenées à réaliser des traitements de données à caractère personnel, en leur qualité de responsables de traitement au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016).

Le tableau ci-dessous précise les caractéristiques des traitements de données réalisés pendant la phase précontractuelle (avant souscription du contrat ou avant adhésion) et pendant la phase contractuelle (après souscription du contrat ou après adhésion) :

	PHASE PRECONTRACTUELLE	PHASE CONTRACTUELLE
Responsables conjoints de traitement	**Relyens Mutual Insurance** 18 rue Edouard Rochet 69372 LYON CEDEX 08 -	

	Relyens SPS Route du Creton 18110 VASSELAY E-mail : privacy.relyens@relyens.eu	
Personne(s) physique(s) concernée(s)	Représentants légaux, membres et préposés du Proposant.	Représentants légaux, préposés et agents adhérents du Souscripteur.
Finalité(s)	- La passation et la gestion du contrat d'assurance et notamment les services de management des risques ; - La gestion des réclamations ; - L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (ex : lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme) ; - La réalisation d'opérations de prospection commerciale.	- La passation, la gestion et l'exécution du contrat et notamment les services de management des risques ; - L'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; - L'élaboration des statistiques et études actuarielles ; - L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (ex : lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme) ; - La réalisation d'actions de communication ; - La réalisation d'actions de recherche et de développement ; - La mise en œuvre de dispositifs de lutte contre la fraude ; - La réalisation d'opérations de prospection commerciale.
Base(s) légale(s)	- L'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande du Proposant ; - Une obligation légale pour les finalités de gestion des réclamations et de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme ; - L'intérêt légitime du responsable de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de communication, ainsi que de recherche et de développement. L'intérêt légitime du responsable de traitement est constitué par son développement commercial et le développement de nouvelles offres ou services.	- L'intérêt légitime du responsable de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude en assurance, de communication, de recherche et de développement ainsi que la gestion des risques. L'intérêt légitime du responsable de traitement est constitué par son développement commercial, le développement de nouvelles offres ou services et la maîtrise de la sinistralité ; - Une obligation légale pour les finalités de gestion des réclamations et de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme ; - S'agissant du traitement des données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ; - Le présent contrat pour les autres finalités citées. Sur ce fondement, le refus de fournir ces données entraîne l'impossibilité de conclure, gérer et exécuter celui-ci.
Destinataire(s) des données	Les données sont communiquées uniquement aux personnels habilités de la Société ainsi que, le cas échéant, et pour les données qui leur sont strictement nécessaires, aux partenaires, aux cabinets	Les données sont communiquées uniquement aux personnels habilités de la Société ainsi que, le cas échéant, et pour les données qui leur sont strictement nécessaires, aux partenaires et sous-traitants contractuellement

	d'audit externe et sous-traitants contractuellement liés, aux mandataires, aux prestataires, aux organismes d'assurances, aux intermédiaires d'assurances, aux coassureurs, réassureurs et aux institutions et organismes publics concernés. Par ailleurs, d'autres sociétés du groupe Relyens peuvent être destinataires d'une partie des données, dans la mesure où elles présentent un intérêt direct pour le développement de leurs activités et/ou la sécurisation de celles des clients (ex : autres services en management des risques).	liés, aux mandataires, aux prestataires, aux intermédiaires d'assurances, aux coassureurs aux réassureurs, aux organismes professionnels, aux organismes d'assurance ou aux organismes sociaux, aux mandataires des personnes impliquées dans un sinistre ainsi qu'aux personnes intéressées au présent contrat. Par ailleurs, d'autres sociétés du groupe Relyens peuvent être destinataires d'une partie des données, dans la mesure où elles présentent un intérêt direct pour le développement de leurs activités et/ou la sécurisation de celles des clients (ex : autres services en management des risques).
Catégorie(s) de données collectées	Les catégories de données à caractère personnel collectées sont les données nécessaires à l'établissement d'une proposition d'assurance ou à la réponse à un appel d'offres. A ce titre, et dans la mesure où elles sont strictement nécessaires à cette fin, sont collectées : - Les données d'identification ; - Les données relatives à la situation professionnelle ; - Le cas échéant, les données nécessaires à l'appréciation du risque à assurer. La collecte de ces données est limitée et proportionnée au regard de la finalité poursuivie et, le cas échéant, est soumise au consentement préalable de la personne concernée.	Les catégories de données à caractère personnel collectées sont les données nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dont la gestion des sinistres et le versement des indemnités ou prestations. A ce titre, et dans la mesure où elles sont strictement nécessaires à cette fin, sont collectées : - Les données d'identification ; - Le numéro de sécurité sociale (NIR) ; - Les données relatives à la situation professionnelle ; - Les informations relatives à la détermination ou à l'évaluation du préjudice, c'est à dire : o Les données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale et financière de la personne concernée ; o Les données relatives à la santé strictement nécessaires aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres au responsable de traitement en matière de droit de la protection sociale. La collecte de ces données est limitée et proportionnée au regard de la finalité poursuivie. Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les données relatives aux contrats d'assurance et aux sinistres déclarés font l'objet d'une mutualisation entre organismes d'assurance auprès de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (A.L.F.A). En cas de fraude avérée ou présumée, les données collectées sont communiquées aux

		personnels habilités d'A.L.F.A ainsi qu'aux autres organismes directement concernés par la fraude (assureurs, autorités judiciaires, officiers ministériels …). Pour ce traitement, l'A.L.F.A est considéré comme responsable de traitement. Dès lors, pour l'exercice de leurs droits, les personnes concernées doivent contacter l'A.L.F.A - 1 rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.
Transfert(s) de données hors U. E	Aucun transfert de données hors de l'Union européenne n'est réalisé, sauf situation particulière le justifiant. Dans cette hypothèse, la sécurité et la protection de ces données sont assurées par des garanties adéquates, notamment par des clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne.	
Durée(s) de conservation des données	Les données à caractère personnel collectées sont conservées : - Pour les données relatives à un Proposant non-Client du responsable de traitement, ses représentants légaux, ses membres et ses préposés, pendant une durée maximale de trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Proposant ; - Pour les données relatives à un Proposant Client du responsable de traitement, ses représentants légaux, ses membres et ses préposés pendant le temps nécessaire à la gestion de la relation commerciale ; - Pour les données collectées dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, pendant une durée maximale de cinq ans à compter de leur collecte.	Les données à caractère personnel collectées sont conservées : - Pour les données collectées dans le cadre de la prospection commerciale, pendant une durée maximale de trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact resté sans effet ; - Pour les données collectées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, pendant les délais légaux de prescription fixés selon la nature du contrat.
Droits des personnes concernées	En application de la législation en vigueur, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement des données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données après leur décès. Sous certaines conditions, les personnes concernées disposent également du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité de leurs données. Les personnes concernées peuvent également s'opposer à ce que leurs données à caractère personnel soient utilisées à des fins de prospection commerciale. Pour exercer ces droits, les personnes concernées sont invitées à contacter le Délégué à la protection des données (DPO) du responsable de traitement dont les coordonnées postales et électroniques figurent dans la rubrique « Responsable(s) de traitement » du présent tableau. Si les personnes concernées estiment, après avoir contacté le DPO du responsable de traitement, que leurs droits ne sont pas respectés, elles peuvent adresser une réclamation à la CNIL.	

Article 22. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions de l'article L. 112-4 du Code des assurances, l'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance est l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest-75436 PARIS.

Article 23. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'Assureur est soumis à la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur.

Afin de permettre à l'Assureur de respecter les obligations auxquelles il est soumis et conformément aux articles L. 561-5 et R. 561-14-2 du Code monétaire et financier, le Courtier Gestionnaire doit vous identifier en tant qu'Assuré, ainsi que, le cas échéant, vos bénéficiaires. Cette identification repose sur la collecte des nom patronymique, prénoms et des date et lieu de naissance.

Le Courtier Gestionnaire s'engage à collecter les éléments d'identification visés ci-dessus lors de votre adhésion et, le cas échéant, pour vos bénéficiaires, lors de votre adhésion ou au plus tard lors au moment du paiement de la prestation. A défaut, le contrat ne produira pas ses effets.

Pour la mise en œuvre des mesures de vigilance simplifiées prévues dans les cas visés à l'article L. 561-9 du Code monétaire et financier, le Courtier Gestionnaire recueille les informations suffisantes pour établir que vous présentez un faible risque de blanchiment ou de financement du terrorisme.

En application de l'article L. 561-8 du Code monétaire et financier et de l'article R. 113-14 du Code des assurances, l'Assureur peut être amené à refuser de procéder à l'opération demandée par l'Assuré et/ou bénéficiaire, voire à mettre fin au contrat, si les éléments d'identification ou d'informations demandées ci-dessus ne lui sont pas communiqués.

TITRE II. GARANTIES DU CONTRAT

Chapitre 1. Dispositions communes

Article 24. Base des garanties

Pour la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de vos prestations, est défini comme étant le revenu mensuel net que vous auriez perçu si vous n'aviez pas été en arrêt de travail. Les avancements d'échelons/ changements d'indices et de grades sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base de votre salaire.

Pour les assistants familiaux, la base de garanties correspond à la moyenne des salaires net des 12 derniers mois qui précédent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si vous ne disposez pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précédent l'arrêt de travail.

Pour la garantie invalidité, la base de calcul de vos prestations est définie comme :

- Pour les fonctionnaires affiliés à la CNRACL : revenu annuel net correspondant à l'indice brut retenu pour la liquidation de la pension d'invalidité, indiqué sur le décompte de pension délivré par la CNRACL, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12ème du régime indemnitaire net annuel que vous auriez perçu si vous avez continué à travailler, indiqué sur attestation de l'Employeur ;

- Pour les agents titulaires affiliés à l'IRCANTEC, les agents contractuels de droit public/privé : Revenu annuel net que vous auriez perçu si vous aviez continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12ème du régime indemnitaire net annuel que vous auriez perçu si vous aviez continué à travailler, indiqué sur attestation de l'Employeur.

- Pour les assistants familiaux, moyenne des salaires net des 12 derniers mois qui précédent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si vous ne disposez pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précédent l'arrêt de travail.

Article 25. Prise d'effet des garanties

Vos garanties prennent effet dans les conditions fixées à l'article 6.3 de la présente notice d'information.

Les sinistres indemnisés dans le cadre du contrat sont les sinistres nés pendant votre période d'adhésion au contrat collectif, sous réserve des sinistres nés pendant le délai de stage.

Article 26. Modification des options et du niveau des garanties

La modification à la hausse du niveau d'indemnisation des garanties et l'ajout d'une garantie optionnelle sont soumis à un délai de stage de six (6) mois à compter du 1er jour du mois suivant votre demande.

La modification à la baisse du niveau d'indemnisation de la garantie et la suppression d'une garantie optionnelle prennent effets dans un délai de six (6) mois à compter du 1er jour du mois suivant votre demande.

Votre demande doit être effectuée par le biais de votre espace client en ligne, et à défaut par courrier à l'adresse indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Article 27. Suspension et cessation des garanties

27.1 Suspension des garanties

Vos garanties sont suspendues de plein droit au jour de l'évènement, lorsque votre activité ou votre contrat de travail est suspendu sans indemnisation (congé parental, disponibilité pour convenances personnelles, etc.).

La suspension des garanties s'achève à votre reprise effective du travail, sous réserve que l'Assureur en soit informé par le Souscripteur dans le délai d'un mois suivant cette reprise. A défaut, la suspension des garanties s'achève le 1er jour du mois suivant la date à laquelle l'Assureur est informé par le Souscripteur de votre reprise effective du travail.

27.2 Cessation des garanties

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>Agents affiliés à la CNRACL</th><th>Agents non affiliés à la CNRACL</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Pour l'ensemble des garanties</td><td rowspan="2">Au regard du contrat</td><td colspan="2">Non-paiement des cotisations (1)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Résiliation du présent contrat par l'Assuré ou l'Assureur</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Au regard de l'agent</td><td colspan="2">Les conditions pour bénéficier du contrat ne sont plus réunies</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dénonciation de l'adhésion (2)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cessation d'activité et admission à la retraite</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Décès</td></tr>
<tr><td>Condition d'âge par garantie</td><td>Garantie incapacité</td><td colspan="2">Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité (3)</td></tr>
</table>

	Garantie invalidité permanente	L'âge légal de départ à la retraite	L'âge prévu à l'article L.351-1-5 du Code de la sécurité sociale
	Garantie perte de retraite	L'âge légal de départ à la retraite visé à l'article L161-17-2 du Code de la sécurité sociale	
	Garantie Décès/ PTIA	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	
	Garantie allocation frais d'obsèques	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	
	Garantie rente conjoint	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	
	Garantie rente éducation	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	

(1) Cf article 10 de la présente notice d'information
(2) Cf article 7 de présente notice d'information
(3) La limite d'âge est l'âge au-delà duquel un fonctionnaire/ contractuel ne peut plus continuer à exercer ses fonctions (hormis en cas de prolongation d'activité ou de maintien en fonctions). Elle dépend du grade ou de l'emploi occupé par l'intéressé.

Dans tous les cas, le terme des garanties prévues au présent contrat entraîne automatiquement la cessation immédiate de vos droits.

Article 28. Maintien des garanties

28.1 Maintien obligatoire des garanties en cas de suspension indemnisée

Le bénéfice des garanties du présent contrat vous est maintenu lorsque votre activité ou votre contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- d'un maintien, total ou partiel, de votre rémunération,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le Souscripteur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'indemnités de coordination ou de l'allocation d'invalidité temporaire en disponibilité d'office pour raison de santé,
- d'un revenu de remplacement versé par le Souscripteur. Ce cas concerne notamment l'activité partielle ou l'activité partielle de longue durée, ainsi que la période de congé rémunéré par le Souscripteur (reclassement, mobilité…).

28.2. Maintien des garanties en cas de portabilité (changement d'employeur)

Si vous quittez l'effectif de votre Employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur public, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée sans réduction de vos garanties, ni révision des taux de cotisations.

Votre demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de votre date d'embauche chez votre nouvel employeur.

28.3 Maintien des prestations en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, les garanties décès sont maintenues dès lors que vous percevez des prestations complémentaires au titre de la garantie incapacité ou d'invalidité à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat. Le maintien des garanties décès cesse concomitamment à la cessation des prestations incapacité temporaire de travail et invalidité.

Article 29. Exclusions

29.1 Exclusions générales

Ne sont pas garanties par le présent contrat, et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :

- **du fait intentionnellement causé ou provoqué par vous,**
- **de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **dues aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques,**
- **de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.**

29.2 Exclusions propres à la garantie Décès

Ne sont pas garanties par le présent contrat et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :

- **d'homicide volontaire ou d'une tentative d'homicide volontaire par l'un des bénéficiaires sur votre personne, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné,**
- **de votre suicide (survenu au cours de la 1ère année d'adhésion), sauf si vous étiez précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an, sous réserve que le capital garanti par le nouveau contrat soit inférieur ou égal au capital constitutif garanti par l'ancien contrat, et que la radiation de l'ancien contrat et l'adhésion au présent contrat soient simultanées.**

Article 30. Prestations complémentaires

Vous pouvez bénéficier :

- Du fond social,

L'Assureur dispose d'un fonds social propre, géré par une commission, qui a pour objet d'attribuer un secours ponctuel et exceptionnel.

Ce fonds social fait l'objet d'un règlement, dans lequel sont définies les prestations ainsi que les critères d'éligibilité.

- De prestations d'assistance

Ces prestations font l'objet d'une convention dans laquelle sont définies les prestations et les conditions pour pouvoir y prétendre.

Chapitre 2. Définitions et conditions des garanties

Chaque garantie est accordée sous réserve d'être expressément mentionnée dans le bulletin individuel d'adhésion.

Section 1. Garantie incapacité temporaire totale de travail

Article 31. Objet de la garantie

La garantie "incapacité temporaire totale de travail" a pour objet de vous garantir le versement d'indemnités journalières en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail en cours de validité de votre adhésion au présent contrat.

	Agents affiliés à la CNRACL	Agents non affiliés à la CNRACL
Conditions	Dans l'impossibilité médicalement constatée de poursuivre votre activité professionnelle	
	Maladie non professionnelle, accident de vie privée	Maladie non professionnelle, Accident de vie privée, Accident du travail/ de trajet ou maladie professionnelle
	Bénéficier d'un traitement, demi-traitement, indemnités de coordination ou AIT en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale	Bénéficier d'un traitement, demi-traitement et/ ou prestations en application du régime général de la sécurité sociale

La prestation est versée en complément du demi-traitement et/ou indemnités journalières, allocation d'invalidité temporaire ou du maintien du revenu par l'employeur.

Article 32. Montant de la prestation

Le montant de **l'indemnité journalière** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance visée à l'article 24, puis divisé par le nombre de jours correspondants.

A ce montant est déduit le traitement journalier versé par l'Employeur et/ou la Sécurité sociale. Les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu.

L'indemnité journalière est calculée en 30ème de mois, tous les mois étant réputés être de trente (30) jours.

Le montant des indemnités journalières complémentaires versées par l'Assureur, augmenté du traitement (ou salaire) net que vous continuez à percevoir de votre employeur et des prestations nettes versées par tout organisme liquidateur, quelle que soit la nature juridique desdites prestations, ne peut excéder un montant égal à 90 % de la base de garantie nette.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 33. Point de départ du service de la prestation

Sous réserve des délais de franchise et délais de stage éventuels et des dispositions dérogatoires prévues dans votre bulletin d'adhésion, l'Assureur verse ses prestations dès que les indemnités versées par l'employeur en application du Statut de la Fonction Publique et/ou les indemnités versées par le régime général ne garantissent plus le maintien intégral du traitement indiciaire net ou salaire net.

Article 34. Cessation de la prestation

<table>
<tr><th>Agents affiliés à la CNRACL</th><th>Agents non affiliés à la CNRACL</th></tr>
<tr><td colspan="2">Aptitude à la reprise, même à temps partiel</td></tr>
<tr><td colspan="2">Admission à la retraite</td></tr>
<tr><td colspan="2">Au décès ou à la date de versement de la PTIA</td></tr>
<tr><td colspan="2">En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 14</td></tr>
<tr><td colspan="2">En cas de refus de se soumettre à un contrôle médical</td></tr>
<tr><td>Au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut</td><td>Au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut et/ou par le régime général de sécurité sociale</td></tr>
<tr><td>Au-delà de 1 095 jours continus ou discontinus d'indemnisation sauf option régime indemnitaire au 1er jour de l'arrêt de travail.</td><td>Au-delà de 1 095 jours continus ou discontinus d'indemnisation sauf option régime indemnitaire au 1er jour de l'arrêt de travail</td></tr>
<tr><td>A la date de liquidation de la pension d'invalidité par la CNRACL</td><td>A la date de liquidation de la pension d'invalidité par la CPAM</td></tr>
<tr><td colspan="2">A la limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en fonctions (1)</td></tr>
</table>

(1) La limite d'âge est l'âge au-delà duquel un fonctionnaire/ un contractuel ne peut plus continuer à exercer ses fonctions (hormis en cas de prolongation légal d'activité ou de maintien en fonctions). Elle dépend du grade ou de l'emploi occupé par l'intéressé.

Article 35. Pièces à fournir

Cf Annexe 1

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Section 2. Garantie invalidité permanente

Article 36. Objet de la garantie

La Garantie "invalidité permanente" a pour objet de vous garantir le versement d'une rente en cas de perte de traitement ou de salaire consécutive à un placement en Invalidité Permanente.

<table>
<tr><th></th><th>Agents affiliés à la CNRACL</th><th>Agents non affiliés à la CNRACL</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Conditions</td><td rowspan="2">Admission à la retraite pour invalidité avant l'âge légal de départ à la retraite</td><td>Maladie et accident de vie privée :

Justifier d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale</td></tr>
<tr><td>Accident du travail/ trajet et maladie professionnelle :

Justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.</td></tr>
</table>

Le versement d'une prestation par l'Assureur au titre de la présente garantie met fin au versement des prestations au titre de la Garantie "incapacité temporaire totale de travail".

Article 37. Montant de la prestation

Le montant de **la rente mensuelle** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance. A ce montant est déduit la rente ou la pension versée par la CNRACL ou la Sécurité sociale. La rente est versée mensuellement à terme échu.

Agents affiliés à la CNRACL	Agents non affiliés à la CNRACL
Taux d'invalidité < à 50 % M = R x I / 50 % (1)	Le montant de la rente mensuelle est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de garantie visée à l'article 24. —

<u>Taux d'invalidité > ou = à 50 %</u> Le montant de la rente mensuelle est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de garantie visée à l'article 24. — Prestations mensuelles versées par la CNRACL au titre de l'invalidité	Prestations mensuelles versées par la CPAM au titre de l'invalidité

(1) « M » pour montant de la rente versée,

« R » pour montant de la rente pour le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 %,

« I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %).

Le montant des prestations est figé à la date de la constatation de votre invalidité permanente.

Le montant mensuel des prestations versées par l'Assureur, augmentées des prestations mensuelles servies par la CNRACL, la Sécurité sociale, ou tout autre organisme liquidateur et quelle que soit la nature juridique desdites prestations ne peut excéder un montant égal à 90 % du 12e de la base de garantie nette.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'Assureur est réduite à due concurrence de ce dépassement.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'Assureur au titre de l'Invalidité Permanente ne sera pris en considération ; votre grade, votre échelon et votre indice étant figés à la date de constatation de votre Invalidité Permanente.

Article 38. Point de départ du service de la prestation

La prestation de l'Assureur est servie :

- <u>Pour les agents affiliés à la CNRACL</u> : à compter de la date de leur mise en retraite pour invalidité ;
- <u>Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale</u>, à compter :
    - de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité pour 2e ou 3e catégorie ;
    - ou de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une rentre d'incapacité pour un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Lorsque la première mise en paiement par la CNRACL, la Sécurité sociale ou tout autre organisme liquidateur est effectuée en cours de mois, la prestation servie par l'Assureur au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil. A compter du mois civil suivant, l'Assureur garantit le versement d'une rente mensuelle d'un montant au plus égal au montant de prestation prévu à l'article 36 de la présente notice d'information.

Article 39. Cessation de vos prestations

Le versement de la prestation servie par l'Assureur cesse :

❖ Pour tous les agents :

- la reprise de toute activité professionnelle même partielle,
- la liquidation de la pension de vieillesse,
- le jour du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

❖ Pour les agents qui relèvent de la CNRACL :

- à l'âge légal de départ à la retraite visé à l'article L161-17-2 du Code de la sécurité sociale,

❖ Pour les agents qui relèvent du régime général de Sécurité sociale :

- à l'âge prévu à l'article L.351-1-5 du Code de la sécurité sociale.

Article 40. Pièces à fournir

Cf Annexe 1

Toute demande de prestations est soumise à un contrôle administratif et le cas échéant, médical. En cas d'invalidité permanente, le dossier complet doit être transmis à l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Section 3. Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente

Article 41. Objet de la garantie

La Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente ne peut être souscrite que par les agents affiliés à la CNRACL.

La présente garantie a pour objet de compenser la perte de retraite due à votre cessation d'activité anticipée consécutive à une invalidité permanente survenue avant la liquidation de la pension de retraite et avant l'âge légal de départ à la retraite prévu à l'article L.161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

Votre bulletin d'adhésion précise la forme du versement de la garantie :

- Une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'Assuré;

- Un capital.

Article 42. Montant de la prestation

Lorsque l'Assureur garantit le versement d'une rente mensuelle, le montant est égal à la différence entre :

- Le taux de couverture prévu dans votre bulletin d'adhésion X la retraite théorique que vous auriez perçu si vous aviez exercé votre activité jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite,

- Et le montant annuel des pensions de retraite réellement perçues net.

La somme du montant des pensions et retraites des régimes légaux et de la rente servie par l'Assureur ne peut excéder le montant net de la retraite théorique annuelle à laquelle vous auriez été en droit de prétendre si vous n'aviez pas cessé votre activité.

Toutefois, lorsque vous bénéficiez en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions, retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux ainsi que du complément servi par l'Assureur peut se cumuler dans la limite maximale du produit de 100 % du traitement indiciaire brut annuel par le taux de couverture prévu à votre bulletin d'adhésion, diminué des cotisations sociales obligatoires.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'Assureur est réduite à due concurrence.

Les retraites complémentaires que vous avez souscrites volontairement par ailleurs ne sont pas prises en compte dans les règles de cumul.

Lorsque la garantie est versée sous forme de capital, ce dernier est égal à la moitié de la valeur du PMSS par année d'invalidité entre la date de reconnaissance de votre invalidité et l'âge légal de départ à la retraite prévu à l'article L161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

Article 43. Point de départ du service de la prestation

La prestation de l'Assureur est servie à compter de l'âge légal de départ à la retraite prévu à l'article L.161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque l'âge légal de départ à la retraite intervient en cours de mois, la prestation servie par l'Assureur au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil.

Le montant de la rente versée par l'Assureur augmenté du montant des pensions et retraites des régimes légaux, de tout autre somme ou prestation de même nature que celle de la présente notice d'information ou d'un revenu d'une autre activité professionnelle, ne peut excéder une indemnisation supérieure à 100 % de la perte de retraite tel que défini à l'article 41 figurant ci-dessus.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 44. Cessation de la prestation

Le versement de la rente mensuelle servie par l'Assureur cesse le jour du décès de l'Assuré. .

Article 45. Pièces à fournir

Cf Annexe 1

Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

Section 4. Garantie en cas de décès

Sous-section 1. Garantie décès toutes causes et PTIA

Article 46. Objet de la garantie

La Garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou PTIA survenant avant la limite d'âge sauf prolongation légale d'activité ou maintien en fonction**.**

Vous êtes considéré comme atteint d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies sans que l'Assureur ne soit tenu à une éventuelle décision d'un tiers :

- L'invalidité dont vous êtes atteint vous place dans l'impossibilité totale et définitive de vous livrer à toute occupation et à toute activité pouvant vous procurer un gain ou profit avec un taux d'incapacité permanent d'au moins 95% pour les agents affiliés à la CNRACL ou un classement en 3e catégorie ou un taux d'incapacité permanent d'au moins 95% pour une invalidité consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle pour les agents relevant du régime général
- L'invalidité vous met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

Article 47. Montant de la prestation

Le montant du capital garanti est égal :

-Pour les Assurés payés sur une base indiciaire : le traitement indiciaire brut mensuel X 12 (sur la base du dernier indice majoré connu par l'Employeur),

-Pour les autres Assurés : le salaire brut des 12 derniers mois travaillés. Pour les Assurés ne disposant pas de 12 mois travaillés, la base est le salaire brut du dernier mois travaillé X 12.

Article 48. Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations :

- en cas de PTIA : vous,
- en cas de décès, et sauf si vous avez désignez expressément d'autres bénéficiaires :
    - votre conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps judiciairement, votre partenaire de PACS, ou votre concubin ;
    - à défaut, par parts égales, vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, dont la filiation y compris adoptive est légalement établie ;

- A défauts, par parts égales, vos petits-enfants ;
- à défaut par parts égales, vos ascendants ;
- à défaut, par parts égales, vos grands-parents survivants ;
- à défaut, et par parts égales, vos frères et sœurs ;
- à défaut vos héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires.

Lorsqu'aucun des bénéficiaires n'accepte le capital ou lorsque tous les bénéficiaires désignés sont décédés au jour de votre décès, l'assureur applique la clause par défaut prévue ci-dessus.

❖ **Changement de bénéficiaires :**

Sauf acceptation du bénéficiaire, vous avez la possibilité de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment par lettre recommandée, lorsque vous le souhaitez, notamment lorsque votre situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

Article 49. Règlement de la prestation

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, l'Assureur règle les sommes dues dans un délai maximum de trente (30) jours sous réserve que les garanties ne soient pas suspendues ou résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 10 de la présente notice d'information.

Article 50. Cessation de la garantie

Outre les conditions de cessation définies aux présentes, l**e paiement du capital au titre de la PTIA fait cesser la présente garantie**.

Article 51. Pièces à fournir

Cf Annexe 2

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

Annexes

Annexe 1 **- Pièces à fournir pour l'ouverture des droits aux garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente et perte de retraite consécutive à une invalidité permanente : tableau récapitulatif**

Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la… (1)	Garantie incapacité temporaire totale de travail		Garantie invalidité permanente (2)	Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente (3)
	Demande initiale d'indemnisation	Demande de prolongation d'indemnisation		Uniquement souscrite par les agents relevant de la CNRACL
Demande d'indemnisation complétée, datée et signée	X	X	X	
RIB	X		X	X
Tout document à caractère administratif (nature et durée d'interruption du travail, périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement ou autre)	X	X	X	
Certificat médical attestant de l'incapacité temporaire de travail/de l'inaptitude définitive à l'exercice de toute activité professionnelle quelconque	X		X	
Déclaration de situation d'assurance	X			
Copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois avec retenues opérées par l'employeur	X	X		
Décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale/tout autre organisme afférents à la période à indemniser	X	X		
Trois derniers bulletins de salaire (indiquant l'indice brut et le montant du plein traitement devant servir de base au calcul des prestations).				
CNI de l'Assuré ou à défaut extrait de naissance de moins de 3 mois comportant les mentions marginales			X	
Attestation de l'épuisement des droits statutaires à congé			X	

maladie du bénéficiaire du bénéficiaire (établie par l'employeur) + décompte des prestations servies (hors CNRACL et Sécurité sociale)				
Décompte de liquidation de retraite (mentions : taux d'invalidité et date de mise à la retraite pour invalidité)			**X** Pour les agents relevant de la CNRACL	
Bulletins de paiement émanant de la CNRACL à l'ouverture des droits et à chaque début d'année			**X** Pour les agents relevant de la CNRACL	
Notification d'attribution de/du : **Rente d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie** **Taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail**			**X** Pour les agents relevant du régime général de Sécurité sociale	
Décomptes de paiement de la Sécurité sociale			**X** Pour les agents relevant du régime général de Sécurité sociale	
Titre de pension de retraite, relevés d'autre pension de retraite obligatoire et attestation sur l'honneur mentionnant les pensions de retraite perçues				**X**
Dernier bulletin de paiement émanant de la CNRACL				**X**
Déclaration sur l'honneur valant certificat de vie selon le modèle fourni par l'Assureur à adresser au 1er janvier de chaque année (pour le versement de la prestation)				**X**

(1) L**'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.**

(2) Toute demande de prestations est soumise à un contrôle administratif et le cas échéant, médical. En cas d'invalidité permanente, le dossier complet doit être transmis à l'Assureur.

(3) Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

Annexe 2 **- Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la garantie en cas de décès (toutes causes et PTIA ; rente de conjoint ; rente éducation et frais d'obsèques) : tableau récapitulatif**

Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la…	
	Toutes causes et PTIA (1)
RIB	**X décès et PTIA**
Copie de la facture acquittée des frais d'obsèques (mentions : nom et prénom de la personne ayant réglé les frais)	
Extrait d'acte de décès	**X décès**
Attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès	**X décès**
Tout document justifiant de la qualité du bénéficiaire	**X décès**
En cas de décès/PTIA accidentel(le), toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et le décès et établissant la nature de l'accident	**X décès et PTIA**
Certificat médical délivré par le médecin traitant de l'Assuré attestant qu'il est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date de reconnaissance de la PTIA	**X PTIA**
Attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer…)	**X PTIA**
Notification de la Sécurité sociale ou l'avis du Conseil médical	**X PTIA**
Tout document justifiant de la qualité du bénéficiaire et du respect des conditions d'attribution de la rente	

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

(1) Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA

(2) Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

Annexe 3 - Déclaration de situation d'assurance

Déclaration de situation de l'assurance

Prévoyance complémentaire

relyens
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

Nous attirons votre attention sur le fait que ce formulaire doit être complété dans son intégralité afin que votre demande soit instruite

EMPLOYEUR

Raison sociale :
Adresse : ______ Code postal :
Commune : ______ Assureur :

ADHÉRENT

Civilité : ______ Nom : ______ Prénom :
Nom de jeune fille : ______ Date de naissance : ______ N° adhérent :
Profession : ______ Fonction :
Adresse :
Code postal : ______ Commune :

CONTRAT DE PRÉVOYANCE ANTÉRIEUR

Je bénéficiais d'un contrat de prévoyance (complément de salaire) avant mon adhésion au contrat actuellement en cours :
☐ NON ☐ OUI, précisez l'assureur.................. et la période souscrite : du ______ au ______
↳ s'agissait-il d'un contrat : ☐ collectif ☐ individuel

1. Date initiale de l'arrêt de travail en cours : ....

2. Cet arrêt de travail est-il causé : par une maladie ? ☐ OUI ☐ NON
par un accident du travail ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de l'accident : ....
par un accident de vie privée ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de l'accident : ....
Cet accident a-t-il été causé par un tiers responsable : ☐ OUI ☐ NON

3. Nature de l'affection : ....
Date d'apparition des premiers symptômes : ....

4. Nature des soins dispensés et des traitements prescrits (joindre toutes pièces utiles, copies de prescriptions, résultats d'examens) :
....

5. Avez-vous précédemment cessé votre travail pour la même raison ?
☐ OUI ☐ NON Dans l'affirmative, précisez les périodes d'arrêt de travail antérieures :
....
Complément de salaire versé par l'assureur antérieur : ☐ OUI ☐ NON Précisez la compagnie : ....

6. Avez-vous bénéficié d'un temps partiel thérapeutique pour la même raison ?
☐ OUI ☐ NON Dans l'affirmative, précisez les périodes de temps partiel thérapeutique antérieures :
....

7. Votre dossier doit-il passer au comité médical pour avis ? ☐ OUI ☐ NON ☐ ne sais pas

8. • Congé en cours : ☐ Maladie ordinaire ☐ Longue Maladie ☐ Longue Durée ☐ Grave Maladie
• Demande de reconnaissance envisagée ou en cours pour congé de : ☐ Longue Maladie ☐ Longue Durée ☐ Grave Maladie ☐ NON

9. L'état de santé actuel permet-il la reprise de l'activité professionnelle ?
☐ OUI Date de reprise envisagée : .... ☐ à temps complet ☐ à temps partiel thérapeutique
☐ NON Durée prévisible de prolongation : ....
Si maternité Date de congé légal ou du congé pathologique : ....

10. Remarques et signature au VERSO

RS29 v03 - 01/2023

Relyens - Santé Prévoyance, Service médical - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex
Tél. : 02 48 48 14 62 - Fax : 02 48 48 16 23 - E-mail : medecinconseil.prevoyance@relyens.eu - www.relyens.eu
Relyens SPS - S.A. au capital de 52 875 € - Société de courtage d'assurance - 335 171 096 RCS Bourges - Siège social : Route de Croton - 18110 VASSELAY - N° ORIAS 07000814 - www.orias.fr

10 Remarques complémentaires de l'adhérent(e) :

.....

.....

.....

.....

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de l'Adhérent a pour conséquence la nullité de la couverture de l'Adhérent et de ses éventuels ayants droit ou la déduction des garanties conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions posées et n'avoir rien omis.

Le : ..... Signature de l'adhérent(e)

Document à retourner dans l'enveloppe jointe

RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL DE RELYENS

Dossier n° :	Assureur :	QES signé le : .....
BAI signé le :	Effet adhésion le :	Exclusion(s) : ☐ OUI ☐ NON

Avis du médecin conseil :	Pièces médicales : ☐ OUI ☐ NON ☐ À demander .....

Date : ..... Signature et cachet du médecin conseil :

2e avis du médecin conseil :	Pièces médicales : ☐ OUI ☐ NON ☐ À demander .....

Date : ..... Signature et cachet du médecin conseil :

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur et Relyens SPS, gestionnaire, sont responsables conjoints au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N° 2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD ») de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les différents traitements mis en œuvre par Relyens SPS et l'assureur ont pour finalités :

- L'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire)
- L'exercice des recours et la gestion des contentieux
- La gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur
- L'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis le responsable de traitement et le sous-traitant (type LCB-FT, loi Eckert...)
- La gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations,
- La gestion des réclamations clients
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles
- La gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant (type contrôle médical)

Les données collectées à travers le présent formulaire sont plus précisément destinées à réaliser les traitements ayant pour finalités l'exécution des garanties du contrat de prévoyance auquel vous avez adhéré ainsi que la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

La licéité des traitements mis en œuvre repose sur :

- l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur et auquel vous avez décidé d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) et h) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ;
- le respect d'obligations légales incombant aux responsables de traitements (ex : traitements mis en œuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme),
- l'intérêt légitime des responsables de traitement, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

Les données à caractère personnel vous concernant sont destinées exclusivement au Pôle Médecin conseil de Relyens SPS ainsi que, le cas échéant, au service médical de l'assureur.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques est obligatoire ; à défaut Relyens SPS pourrait être dans l'impossibilité d'instruire votre demande de prestation ou son traitement pourrait être retardé.

Vos données seront conservées : - pendant la durée de votre adhésion au contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur,
- cette durée étant augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement ainsi qu'à la portabilité de vos données.

En outre, dans l'hypothèse où le traitement est fondé sur la notion d'intérêt légitime, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière, à moins que le traitement soit justifié par : - l'existence de motifs légitimes et impérieux qui prévaudraient sur vos intérêts et droits et libertés ; ou
- la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant le Délégué à la protection des données (DPO) de Relyens SPS par courrier électronique ou par courrier postal (cf. coordonnées ci-dessous).

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès d'une Autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles (cf. coordonnées ci-dessous).

Responsable du traitement	Délégué à la Protection des Données	Autorité de contrôle
Relyens SPS	DPO	C.N.I.L.
Route de Creton	CS 80006	3, Place de Fontenoy
18110 - VASSELAY	18020 - BOURGES CEDEX	TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07
privacy.sps@relyens.eu	privacy.sps@relyens.eu	Tel : 01 53 73 22 22

©2023 Relyens 03/2024

Relyens Mutual Insurance
18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 – **www.relyens.eu**

Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes
Entreprise régie par le code des assurances - 779 860 881 RCS LYON
Organisme de formation professionnelle déclaré sous le n° 82690051369 auprès du Préfet de région
N°TVA Intracommunautaire FR 79779860881

Relyens Life Insurance
18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON - FRANCE
Tél: +33 (0)4 72 75 50 25 – **www.relyens.eu**

Société anonyme d'assurance au capital de 6 000 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances et agréée pour pratiquer des opérations d'assurance vie - 487 632 861 RCS LYON

relyens
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

Convention d'assistance n°922919

Date d'effet 01/01/2025

Comment Nous contacter ?

Besoin d'assistance ?
► Contactez-nous :
- depuis la France métropolitaine au 01.42.99.64.09
- depuis la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique ou la Réunion au +33 1 42 99 64 09
- depuis l'étranger au +33 1 42 99 64 09
- Accès sourds et malentendants : https://accessibilite.votreassistance.fr
accessibles 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans la convention
- Accès à votre espace personnel d'assistance santé : https://www.allyzassist.com/

► Veuillez nous indiquer :
- Le nom et le numéro du contrat souscrit
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Sommaire

A. Qu'est-ce qui est assuré ? 1

B. Définitions 1

C. Prestations et Plafonds 3

D. Définition des Prestations 5

E. Exclusions 12

F. Dispositions communes 12

A. Qu'est-ce qui est assuré ?

La présente convention d'assistance (ci-après « Convention ») est un contrat d'assurance Aide au quotidien qui prévoit des prestations d'assistance lorsque survient un évènement garanti tel que défini dans la section A.2.

Les prestations prévues par la **Convention** s'appliquent à Vous et aux membres de Votre famille résidant à la même adresse.

A.1 Quelle est la validité de Votre Convention ?

VALIDITÉ TERRITORIALE

Notre assistance est délivrée lorsque l'évènement garanti survient :
- en **France**.

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les évènements survenus pendant la durée de validité du contrat prévoyance Relyens liant le client et le Bénéficiaire et de l'accord liant Relyens et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

A.2 Quels évènements sont garantis ?

Evènements garantis	
Affection de longue durée	✓
Dépendance	✓
Hospitalisation	✓
Immobilisation	✓
Incapacité permanente	✓
Incapacité temporaire	✓
Invalidité	✓

Veuillez consulter la section B.2 pour connaître les définitions des évènements garantis.

B. Définitions

B.1 Définitions des termes utilisés

Les termes ou expressions utilisés dans la **Convention** qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

Aidant : Bénéficiaire majeur qui apporte une aide à titre non professionnel, de manière permanente ou non, à un Membre de la famille dépendant.

Animal de compagnie : chat ou chien, **à l'exclusion de tout autre animal.**
L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1re et 2e catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Bénéficiaire/Vous/Votre : personne physique assurée par le contrat prévoyance Relyens.

Chirurgie et Traitement de confort : les opérations de chirurgie ou traitements occasionnés par : l'acné, les allergies y compris les tests d'allergie, tout contrôle ou examen périodique et contrôles périodiques contraceptifs, les opérations de chirurgie esthétiques de toutes natures non consécutives à un évènement garanti, la circoncision, les cors aux pieds ou oignons, les traitements cosmétiques de toutes natures non consécutifs à un évènement garanti, les opérations et traitements de malformations congénitales, les bilans de santé, les tests de fertilité et les traitements liés à la fertilité (hommes et femmes), les

traitements hormonaux, l'incontinence, le traitement des verrues, les kystes, les traitements pour surcharge pondérale, les examens prénuptiaux, les traitements préventifs ou vaccins non consécutifs à un événement garanti, les traitements de l'insomnie, la ligature des trompes, la vasectomie, les traitements d'amaigrissement, tous les actes médicaux ou traitements relevant du domaine de la recherche ou de l'expérimentation ou n'étant généralement pas reconnus comme des pratiques médicales ordinaires.

Convention : présent document. Veuillez noter que seules les conditions énoncées dans le présent document sont valables.

Domicile : adresse du domicile fiscal du Bénéficiaire situé en France.

Enfant(s) : enfant(s) ou petit-enfant(s) fiscalement à Votre charge ou celle de Votre Conjoint.

France : France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, Réunion.

Hébergement : frais d'hôtel (petit-déjeuner compris), **à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.**

Médecin : personne légalement autorisée à pratiquer la médecine ; docteur en médecine.

Membre de la famille : membre de Votre famille, **autre que Votre Conjoint ou Votre(Vos) Enfant(s), fiscalement à Votre charge**, vivant à Votre Domicile.

Membre de la famille dépendant : membre de la famille fiscalement à Votre charge, vivant à Votre Domicile et en état de **Dépendance**.

Nous/Notre : FRAGONARD ASSURANCES - SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances

Les prestations sont mises en œuvre par **AWP France SAS** - SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - http://www.orias.fr/ ci-après dénommé Mondial Assistance.

Pays non couverts : Corée du Nord . La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur Notre site internet à l'adresse suivante : https://paysexclus.votreassistance.fr.

Période d'assurance : période annuelle de validité du contrat .

Prestataire : prestataire de services professionnel référencé par **Nous.**

Proche : toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

Quarantaine : isolement de la personne, en cas de suspicion de maladie ou de maladie avérée, décidée par une autorité compétente locale, en vue d'éviter un risque de propagation de ladite maladie dans un contexte d'épidémie ou de pandémie.

Suicide : tout préjudice intentionnel porté volontairement à soi-même avec l'intention de se donner la mort.

Téléconsultation : acte de télémédecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un Médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien…). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

Tiers : personne physique ou morale, **autre que le Bénéficiaire.**

Transport : transport organisé par Nous.

B.2 Définition des évènements garantis

Dans cette section, Nous donnons des définitions et/ou des descriptions des évènements garantis par Votre **Convention**. Pour connaître les évènements garantis par Votre **Convention**, veuillez consulter le tableau à la section A1.

Affection de longue durée (ALD) : maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Dépendance : dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Hospitalisation : admission prévue ou imprévue du Bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, liée à une procédure d'urgence.
Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

Hospitalisation avec nuitée(s) : admission du Bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, prévue ou imprévue, avec au minimum deux (2) nuits sur place.

Immobilisation : toute incapacité physique à se déplacer ou à accomplir les tâches ménagères habituelles, constatée par un Médecin, nécessitant un repos à la maison prescrit par le Médecin.

Incapacité permanente : diminution permanente, partielle ou totale des facultés physiques et mentales d'une personne constatée par une autorité médicale l'empêchant d'exercer son activité professionnelle.

Incapacité temporaire : diminution temporaire, partielle ou totale des facultés physiques et mentales d'une personne constatée par une autorité médicale l'empêchant d'exercer son activité professionnelle.

Invalidité : réduction de la capacité de travail à la suite d'un événement non professionnel tel qu'un accident ou une maladie non professionnelle ouvrant droit à une pension d'invalidité dans les conditions prévues aux articles L341-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

C. Prestations et Plafonds

Vous êtes garanti par **Votre Convention** dans la limite de certains plafonds. Les prestations de services telles que décrites aux paragraphes Aide à Domicile et Transports des proches ouvrent droit à une enveloppe de service unique. Les prestations fournies et leurs plafonds sont présentés dans les tableaux suivant :

TABLEAUX DES PLAFONDS ET CONDITIONS

AIDE À DOMICILE		
Prestations	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
Enveloppe de services	600 € maximum 600 € maximum	Affection de longue durée ou Invalidité ou Incapacité permanente ou Incapacité temporaire. L'enveloppe de services doit être activée dans les 30 jours après l'entrée en ALD ou Invalidité ou Incapacité permanente ou Incapacité temporaire Dépendance d'un Membre de la famille. L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance. La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidée. Limitée à 1 fois par Période d'assurance.

AIDE A DOMICILE – SUITE		
✓ Soutien scolaire	15 heures maximum par Enfant	En cas d'Affection de longue durée ou Invalidité ou Incapacité permanente ou Incapacité temporaire du Bénéficiaire Limitée à 1 fois par Période d'assurance.
✓ Services à la personne	Mise en relation sans prise en charge	A tout moment dès la souscription
✓ Livraison de médicaments	100 € maximum (frais de livraison). **Le coût des médicaments reste à la charge des Bénéficiaires**	Immobilisation de plus de 48H Hospitalisation Affection de longue durée Incapacité temporaire Incapacité permanente Invalidité Limité à 1 fois par Evènement couvert

TRANSPORT DES PROCHES		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
Enveloppe de services	600 € maximum 600 € maximum	Affection de longue durée, Incapacité temporaire et permanente, et Invalidité. L'enveloppe de services doit être activée dans les 30 jours après l'entrée en ALD ou Invalidité ou Incapacité permanente ou temporaire. Dépendance d'un Membre de la famille. L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance. La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidée. Limitée à 1 fois par Période d'assurance.

ADAPTATION DU LOGEMENT		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓Assistance à l'aménagement du Domicile		L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par évènement garanti. **Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.** Incapacité temporaire Incapacité permanente Invalidité Dépendance
✓Livraison et installation du matériel médical	**100 €** maximum par an et par Bénéficiaire	Affection de longue durée Incapacité temporaire Incapacité permanente Invalidité Dépendance Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente. Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou email. **Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.**

CONSEILS SOCIAUX		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓ Conseil social	Illimité Prestation réalisée par téléphone.	A tout moment dès la souscription
✓Accompagnement social	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Nous. Prestation réalisée par téléphone.	Incapacité temporaire Incapacité permanente Dépendance Bilan de vie, et plan d'aide sont réalisés une seule fois par évènement garanti.
✓Conseils en matière de transfert dans un centre de soins	La liste des établissements peut être communiquée par téléphone. Possibilité de visites de maisons d'accueil à hauteur de 60 € par aller/retour par visite.	Incapacité temporaire Incapacité permanente Dépendance Limitée à 3 visites par évènement garanti.

RÉSEAU MÉDICAL		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions limites**
✓Orientation vers des médecins, infirmiers & hôpitaux	Illimitée dans la limite des disponibilités locales. **Les coûts éventuels restent à la charge du Bénéficiaire.**	A tout moment dès la souscription

SOUTIEN AUX AIDANTS		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓Plan d'aide adapté	Illimitée. Prestation réalisée par téléphone.	A tout moment dès la souscription.
✓Apprentissage des gestes d'accompagnement d'un Membre de la famille dépendant	3 heures de formation à Domicile et frais de déplacement du formateur.	Dépendance d'un Membre de la famille Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance du Membre de la famille dépendant.
✓Préparation au rôle d'Aidant	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Nous. Prestation réalisée par téléphone.	
✓Orientation vers des groupes de discussion	Mise en relation sans prise en charge. Prestation réalisée par téléphone.	

✓Formation des salariés aidants ✓Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le membre de la famille en état de dépendance	Organisation et prise en charge par Nous. 1/2 journée de formation en présentiel ou à distance. Organisation et prend en charge, en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux des prestataires : Une aide à domicile auprès de la personne aidée. Une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié. Forfait de 500 € TTC	Prestation doit être demandée dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance de l'aidé. Prestation limitée à 1 formation. Les frais de déplacement éventuels restant à la charge du Bénéficiaire. La prise en charge est limitée à 1 fois par personne aidée et par période annuelle de garantie.

COMPLEMENT PRÉVENTION		
Prestations	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓Mon Coach Bien-Etre ✓Prévention santé sénior ✓	Accès illimité au site web durant la durée du programme. 4 entretiens téléphoniques avec un expert par programme. Accès illimité au contenu digital de programmes de prévention.	A tout moment de la souscription Utilisable à tout moment dès la souscription par l'ensemble des Bénéficiaires. La prise en charge est limitée à 1 formation pour chaque Bénéficiaire. A tout moment de la souscription

COMPLEMENT ACCOMPAGNEMENT RETOUR À L'EMPLOI		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓Aide à la création ou reprise d'entreprise	Consultation téléphonique illimitée 1 fois par évènement garanti.	Affection de longue durée Incapacité temporaire Incapacité permanente Dépendance

✓Relooking, conseil en image	Organisation et prise en charge par Nous Forfait de 5h, en présentiel ou à distance	Prestation limitée à 1 atelier. **Les frais de déplacement dans les locaux du Prestataire restent à la charge du Bénéficiaire**. La prestation doit être utilisée dans les 15 jours suivant l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile.
✓Aide administrative	Organisation et prise en charge par Nous Forfait de 10h	

COMPLEMENT TÉLÉCONSULTATION MEDICALE		
Prestations	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓ Téléconsultation	Dans la limite de 2 Téléconsultations maximum par Période d'assurance, quel que soit le nombre de Bénéficiaires	Problème de santé et indisponibilité du médecin traitant

D. Définition des Prestations

Nous nous réservons le droit de vérifier l'éligibilité du **Bénéficiaire** et la preuve de la survenance d'un évènement garanti.

Lorsqu'une demande d'assistance **Nous** est adressée**, Nous** demandons les pièces justificatives nécessaires. **Nous** organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après, selon les conditions et dans les limites de celles relatives aux évènements garantis indiquées dans les Tableaux des Plafonds et Conditions.

Lorsque le Bénéficiaire fait appel à Nous, les décisions relatives à la nature et au mode d'organisation des mesures à prendre Nous appartiennent exclusivement.
La mise en œuvre des prestations est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

REMARQUE
Les montants des garanties s'entendent toutes taxes comprises.

En cas de survenance d'un évènement garanti, **Nous** analysons la situation médico-sociale et socio-économique du **Bénéficiaire**, évaluons ses besoins et lui proposons les solutions d'aide et de services adaptés ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services santé proposée **(uniquement pour les prestations éligibles et citées dans les paragraphes a et b),** soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le **Bénéficiaire** est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

En cas d'évènement médical garanti indiqué dans les Tableaux des Plafonds et Conditions, **Nous** organisons et/ou prenons en charge les services choisis par le **Bénéficiaire** parmi les services décrits ci-après.

Le délai de mise en place des services est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services peuvent être demandés en fonction des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti qui permet au **Bénéficiaire** d'avoir droit au service.

Les prestations de services telles que décrites aux paragraphes Aide à Domicile et Transports des proches ouvrent droit à une enveloppe de service unique d'un montant de 600 € . Le coût de chaque service utilisé est déduit du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, **Nous** pouvons confirmer au **Bénéficiaire** le solde encore disponible et des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire. Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le **Bénéficiaire** est toujours couvert par la **Convention** et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe de services auquel il a droit avant la fin de l'évènement garanti, **Nous** pouvons :
- organiser les services choisis par le **Bénéficiaire** pour son compte,
- fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées des **Prestataires** spécialisés dans les domaines de services proposés.
Le Bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.

Sur demande, **Nous** pouvons fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées de tous les **Prestataires** mentionnés ci-dessous. **Le Bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.**

a) Aide à **Domicile**

En cas, d'Affection de longue durée, de Dépendance, d'Incapacité temporaire et permanente et d'Invalidité, les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :

- Transport
- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Travailleuse familiale
- Bien-être à Domicile
- Livraison de repas
- Livraison de courses
- Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants et/ou de l'(des)Enfant(s)
- Accompagnement à l'école et aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat
- Garde d'Enfants de moins de 15 ans malades ou convalescents
- Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans
- Fermeture du Domicile quitté en urgence
- Préparation du retour au Domicile
- Garde des Animaux de compagnie

En cas d'évènement garanti, **Nous** organisons et prenons en charge les prestations suivantes :
- Soutien scolaire
- Services à la personne
- Livraison de médicaments

Description des prestations éligibles à l'enveloppe de services :

- Transport

Nous organisons et prenons en charge les frais de **Transport** par taxi, lorsque le **Bénéficiaire** a un rendez-vous. Le coût de retour au **Domicile** du **Bénéficiaire** peut également être pris en charge.

- Aide-ménagère

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une aide-ménagère qui effectue les tâches quotidiennes (y compris repassage, nettoyage, aide à la préparation des repas) au **Domicile** du **Bénéficiaire**.
L'aide-ménagère peut être mise en œuvre du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés,** de 8h00 à 18h00.

- Auxiliaire de vie

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens au **Bénéficiaire** y compris la toilette, la prise de repas et l'aide au coucher, **hors soins médicaux relevant d'un Médecin ou d'une infirmière.**
La prestation d'auxiliaire de vie peut être mis en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés, de 8h00 à 18h00**.

- Travailleuse familiale

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une travailleuse familiale qui aide la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, l'aide aux devoirs…) et soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants.
La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi **à l'exclusion des jours fériés,** de 8h00 à 18h00.

- Bien-être à Domicile

Nous organisons et prenons en charge des services de bien-être y compris le coiffeur, esthéticienne, prothésiste capillaire au **Domicile**.

- Livraison de repas

Nous organisons et prenons en charge la livraison d'un repas au **Domicile** du **Bénéficiaire** dans un délai de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. **Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**
Les repas sont livrés sous la forme de 5 ou 7 paniers repas « déjeuners + dîners ».
Le Bénéficiaire prend en charge les frais de repas.
Dans les zones non desservies ou lorsque les repas prévus ne sont pas adaptés, **Nous** pouvons organiser l'intervention d'un **Prestataire** pour préparer les repas à domicile. **Nous** prenons en charge les frais à hauteur du coût équivalent de la livraison des repas. **Le Bénéficiaire prend en charge les coûts restants.**

- Livraison de courses

Nous organisons et prenons en charge la livraison de courses au **Domicile** du **Bénéficiaire**.
Le **Bénéficiaire** doit être disponible lors de la livraison pour payer les denrées achetées.
Le Bénéficiaire prend en charge le coût des courses.

- Veille ou prise en charge des **Membres de la famille dépendants** à charge et/ou de l'(des)**Enfant(s)**

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une auxiliaire de vie pour s'occuper d'un **Membre de la famille dépendant** à charge et/ou de l'(des)**Enfant(s)**, préparer des repas et dispenser les soins quotidiens. Chaque prestation dure au moins deux (2) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

- Accompagnement à l'école et aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun **Membre de la famille** ne peut accompagner l'(les) **Enfant(s)** du **Bénéficiaire** à l'école ou à ses(leurs) activités extrascolaires, **Nous** organisons et prenons en charge le **Transport** de l'(des) **Enfant(s)** par taxi depuis le **Domicile**. **L'(les) Enfant(s)** doit(vent) être accompagné(s) d'un adulte désigné par le **Bénéficiaire**.

- Garde d'**Enfants** de moins de 15 ans malades ou convalescents

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une personne assurant des services de garde d'enfants au **Domicile** du **Bénéficiaire** pour s'occuper de son(ses) **Enfant(s)**, lui(leur) préparer les repas et dispenser les soins quotidiens. Chaque prestation de garde d'enfants dure au moins deux (2) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

- **Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans**

Nous organisons et prenons en charge la garde à **Domicile** des **Enfants** du **Bénéficiaire**.
Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.
La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un **Prestataire** dont la mission consiste à garder l'**Enfant** au **Domicile**, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux)**.
Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les **Enfants** à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

- Fermeture du **Domicile** quitté en urgence

Nous organisons et prenons en charge le service d'envoi d'une aide-ménagère pour fermer le **Domicile** du **Bénéficiaire** (volets, fenêtres, linge resté dans la machine à laver), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver, si le **Bénéficiaire** a dû quitter son **Domicile** en urgence en raison de son état de santé. Ce service ne peut être fourni que si **Nous** avons accès aux clés, aux codes d'accès du logement et aux conditions d'accessibilité en toute sécurité.
Nous pouvons organiser le **Transport** de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.
La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés,** de 8h00 à 18h00.

- Préparation du retour au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.
Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.
Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès au lieu de **Domicile** et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.
Nous pouvons organiser le **Transport** de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.
La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8H00 à 18h00.

- Garde d'**Animaux de compagnie**

Nous organisons et prenons en charge les frais d'**hébergement** de l'**Animal de compagnie** du **Bénéficiaire** par un **Prestataire** spécialisé, y compris le coût de la nourriture.

Description des prestations hors enveloppe de services :

- Soutien scolaire

Nous mettons le **Bénéficiaire** en contact avec un **Prestataire** enseignant qui aidera l'**Enfant** à faire ses devoirs ou à résoudre un point de blocage.
La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.
Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 17h00 à 20h00. Toute question posée entre le jeudi 20h00 et le dimanche 14h00 sera traitée entre le moment où est posée la question et le dimanche 20h00.

- Services à la personne

Nous pouvons **Vous** fournir toute information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 (« Loi Borloo »)

Nous pouvons également **Vous** mettre en relation avec un **Prestataire** de **Notre** réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la Loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la Loi Borloo (esthéticienne, coiffure à domicile, pédicure, manucure, massages – **hors soins thérapeutiques).**

Les **Prestataires** délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre de la Loi Borloo sont agréées, afin que **Vous** puissiez bénéficier d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire. Prestations non comprises dans l'enveloppe de services santé.

Pour toute mise en place de prestation, le **Prestataire** dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le **Bénéficiaire.**

Les informations sont fournies au Bénéficiaire exclusivement par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire. Notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

- Livraison de médicaments

Nous organisons et prenons en charge la livraison de médicaments immédiatement nécessaires au **Bénéficiaire** prescrits par un Médecin.
Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

b) Transport des proches

En cas d'Affection de longue durée, de Dépendance, d'Incapacité permanente et temporaire et d'Invalidité, les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :

- Hébergement des parents à proximité du **Bénéficiaire** mineur pendant son hospitalisation consécutive à une Affection de longue durée, ou Dépendance ou Incapacité permanente et temporaire.
- Transfert des **Enfants** de moins de 15 ans et/ou des **Membres de la famille** dépendants au **Domicile** d'un **Proche**
- Transfert d'un **Proche** au **Domicile** du **Bénéficiaire** ou du **Bénéficiaire** au **Domicile** d'un **Proche**

Description des prestations éligibles à l'enveloppe de services :

- Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le transfert des **Enfants** et/ou des ascendants dépendants à charge au **Domicile** d'un **Proche** (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un **Proche** qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, **Nous** missionnons un accompagnateur.

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

- Hébergement des parents à proximité du **Bénéficiaire** mineur pendant son **Hospitalisation consécutive à une Affection de longue durée, ou Dépendance ou Incapacité permanente et temporaire.**

Nous organisons et prenons en charge l'**Hébergement** des parents du **Bénéficiaire** mineur hospitalisé à plus de 50 km de son **Domicile** pendant la durée de l'**Hospitalisation**.

c) Adaptation du logement

En cas d'évènement garanti, **Nous** organisons les prestations décrites ci-après.

- Assistance à l'aménagement du Domicile

Nous mettons en place :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques et le mode de vie du Bénéficiaire,
- un audit du logement par un **Prestataire** pour évaluer l'adéquation du **Domicile** ou des soins aux nouveaux besoins du **Bénéficiaire**, les dispositions nécessaires à la vie à domicile et le coût des travaux associés,
- la coordination avec les **Prestataires** de services pour la réalisation des travaux.

Le coût des devis et travaux effectués reste à la charge du Bénéficiaire.

- Livraison et installation de matériel médical

Nous prenons en charge les frais de livraison du matériel médical prescrit par un **Médecin**.
Le Bénéficiaire prend en charge les frais d'achat, d'installation et d'entretien du matériel médical.

d) Conseils sociaux

- Conseil social

Nous fournissons au **Bénéficiaire** des informations par téléphone du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 7h00 à 20h00et le samedi de 7h00 à 19h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Nous le conseillons sur la marche à suivre pour trouver un nouveau logement, gérer le budget familial et nous donnons des informations sur les droits sociaux.

Nous orientons principalement vers des organismes publics qui traitent la demande soit par l'intermédiaire d'un réseau de **Prestataires** soit en communiquant les coordonnées nécessaires au **Bénéficiaire**.

- Accompagnement social

Nous proposons au **Bénéficiaire** par téléphone du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine) les prestations suivantes :

- une analyse de la situation médicale, sociale, professionnelle et économique du **Bénéficiaire**,
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : prestations familiales, logement, maladie et accident, invalidité,
- des informations sur la gestion d'un budget,
- des informations sur l'assistance à laquelle le **Bénéficiaire** a droit : **Transport**, **Hébergement**, aide à domicile, etc.,
- des recommandations sur les mesures à prendre pour bénéficier des régimes d'aide de droit commun,
- une aide aux procédures administratives : identification des organisations, aide à la rédaction de courrier et préparation de formulaires de demande,
- un suivi de l'évolution de la situation du **Bénéficiaire**.

Les informations que Nous fournissons sont à caractère documentaire. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.

- Conseils en matière de transfert dans un centre de soins

Si le **Bénéficiaire** ne peut plus prendre soin de lui-même et a besoin de soins en permanence**, Nous** communiquons une liste de centres de soins proches du **Domicile** du **Bénéficiaire**.

Sur demande, **Nous** pouvons organiser le rendez-vous pour visiter le centre de soins. Dans ce cas, **Nous** prenons en charge les frais de transport dans la limite indiquée dans les Tableaux des Plafonds et Conditions.

Nous ne pouvons garantir la disponibilité des visites ou l'acceptation de Votre demande d'hébergement en centre de soins.
Le Bénéficiaire prend en charge les coûts des services proposés par le centre de soins.

e) Réseau médical

- Orientations vers des **Médecins**, infirmier(ère)s et hôpitaux

Sur demande, **Nous** pouvons fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées des **Médecins**, infirmier(ère)s et hôpitaux/centres médicaux.
La prestation Accès au réseau médical est rendue dans la limite des disponibilités locales.
Le Bénéficiaire prend les coûts en charge.

- Services infirmiers

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) infirmier(ère) qualifié(e) pour fournir les soins médicaux ou les traitements prescrits par le **Médecin**.

f) Soutien aux **Aidants**

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), **Nous** organisons et prenons en charge les prestations suivantes :

- Mise en place d'un plan d'aide adapté
  Nous conseillons l'**Aidant** sur les prestations les plus pertinentes à mettre en œuvre en cohérence avec la situation du **Bénéficiaire**

- Apprentissage des gestes d'accompagnement d'un Membre de la famille dépendant
  Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une infirmière afin de former l'**Aidant** aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du **Membre de la famille dépendant**

- Préparation au rôle d'**Aidant**
  Nous fournissons des conseils destinés à prévenir l'**Aidant** des risques liés à sa nouvelle situation (rester en bonne santé, comprendre les difficultés du Membre de la famille en état de dépendance et éviter les gestes involontaires de maltraitance).

- Orientation vers des groupes de discussion
  En fonction des disponibilités locales, **Nous** orientons le **Bénéficiaire** vers des associations et des établissements spécialisés proposant des séances de discussion afin d'éviter un isolement

- Formation des salariés aidants
  - Nous organisons et prenons en charge une formation dédiée aux problématiques de salariés Aidants : Impacts sur la vie professionnelle (notions de neuropsychologie, effet de saturation et de surcharge mentale)
  - Mise en place de stratégies techniques et organisationnelles pour faire face à la vie quotidienne et pallier les difficultés à la maison et au travail.

En fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

- Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le Membre de la famille en état de dépendance

  En fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux des prestataires, **Nous** organisons et prenons en charge une aide à domicile auprès du **Membre de la famille dépendant** ou une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié.

D.1 Complément Prévention

Nous mettons à disposition du **Bénéficiaire** le programme Mon Coach Bien-Etre ci-après :

 Mon Coach Bien-Etre

Nous fournissons un accès à un portail digital proposant :
o une évaluation des pratiques alimentaires, sportives, du niveau de stress et de la qualité du sommeil
o des parcours personnalisés selon les bilans et les objectifs du **Bénéficiaire**
o un planning hebdomadaire des séances de sport
o des exercices de respirations et de concentration
o des échanges avec un entraîneur sportif, un diététicien et un psychologue
o un parcours équilibre et bien être

o un accès à l'historique des activités et à des statistiques pour évaluer la progression du **Bénéficiaire**

Le **Bénéficiaire** peut s'inscrire au programme par email à l'adresse suivante : prevention@votreassistance.fr

Le **Bénéficiaire** peut accéder au programme via le site https://mondial-assistance.moncoachbien-etre.fr

Ce programme d'information et d'accompagnement s'adresse aux **Bénéficiaires** âgés d'au moins 16 (seize) ans, avec l'accord préalable des parents pour les **Bénéficiaires** de moins de 18 (dix-huit) ans.

Nous ne fournissons pas de consultation, de diagnostic ou de prescription médicale.
Un accompagnement personnalisé ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un Médecin.

Les informations médicales échangées avec les Médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et aux règles du secret médical.

Les informations que Nous fournissons exclusivement par téléphone sont à caractère documentaire. Nous ne pouvons être tenu responsable en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations fournies.

- Prévention santé sénior

Nous mettons à disposition du **Bénéficiaire** des programmes de prévention pour répondre aux principales préoccupations et problématiques des seniors.

Nous fournissons un accès à du contenu digital (articles, conseils et exercices) pour que les personnes en perte d'autonomie (seniors ou aidants) puissent trouver des informations pour bien vivre, prendre soin de soi mais aussi être aidé dans les démarches administratives et sociales.

Nous mettons également à disposition du **Bénéficiaire** un annuaire sanitaire et social pour trouver les professionnels de santé à proximité.

D.2 Complément Accompagnement retour à l'emploi

Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes :

- Aide à la création/reprise d'entreprise

- Aide à la création d'entreprise ou à la reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle.
- Entretiens de suivi et de coaching pour évaluer l'avancement du projet et fournir des compléments d'information.

Le **Bénéficiaire** est conseillé par un **Prestataire** sur tous les aspects liés à la création d'entreprise ou la reprise de projets.

Nous ne pouvons en aucun cas Nous substituer au Bénéficiaire pour créer ou reprendre une entreprise.

Les services d'aide au retour à l'emploi sont disponibles du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).
Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches.
Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours ouvrés.
Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations ou informations communiquées.

- **Conseil en image**

Le **Bénéficiaire** est conseillé et accompagné par un **Prestataire** pour l'aider à valoriser son image en cohérence avec sa personnalité et son objectif professionnel. Le **Bénéficiaire** est recontacté par le **Prestataire** sous deux (2) jours ouvrés pour planifier l'atelier.

Pour les ateliers en présentiel, la prestation ne peut être délivrée que dans les villes suivantes : Paris, Marseille, Lyon, Nice, Nantes, Montpellier, Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, Lille.

- Aide administrative

- **Nous** organisons et prenons en charge l'intervention d'un **Prestataire** pour réaliser les démarches suivantes :
- La gestion du courrier entrant et sortant,
- La gestion des emails
- La gestion administrative (appels sortants/entrants, relances de devis/factures, mise à jour de dossier, saisie)

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

Le service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de la France métropolitaine).

Sont exclus l'assistance juridique, le secrétariat et les conseils financiers.

D.3 Complément Téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale est un service de télémédecine, accessible par téléphone ou par audio/vidéo-conférence 24 heures/24 et 7 jours/7.

Le **Bénéficiaire** peut accéder au service de téléconsultation médicale via le site https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr

Si le **Bénéficiaire** a un problème médical nécessitant une consultation et que son **Médecin** traitant est indisponible ou absent, le **Bénéficiaire** peut, sous conditions d'identification forte et acceptation des Conditions Générales de services, de la Notice d'information et de consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant **Notre** service de Téléconsultation.

Au préalable, le Bénéficiaire pourra échanger avec un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat (IDE) de Notre service de

Téléconsultation qui lui permettra d'obtenir notamment des informations sur des questions d'ordre général de santé. Si besoin, notre infirmière orientera le Bénéficiaire vers un Médecin de Notre Service de Téléconsultation.

La Téléconsultation est assurée par un Médecin,de Notre Service de Téléconsultation inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.
A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin peut, dans le cadre des parcours de soins et conformément à la législation locale en vigueur (notamment en matière de secret médical) :

- Orienter le Bénéficiaire vers son Médecin traitant ou un établissement de soins adapté à sa situation, notamment si un examen clinique est nécessaire pour faire un diagnostic ;
- Fournir au Bénéficiaire une ordonnance écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du Médecin et si la législation locale l'autorise.

Après la Téléconsultation et avec le consentement du **Bénéficiaire**, un compte-rendu de la Téléconsultation médicale peut être envoyé au Médecin traitant du **Bénéficiaire**.

IMPORTANT

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du Médecin traitant et de manière générale de tout Médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18). En cas d'urgence détectée à l'étranger, toutes les mesures seront mises en œuvre pour aider le Bénéficiaire à identifier les secours d'urgence, selon les mesures locales.

Les informations médicales échangées avec les Médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée nous est transmise, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte du Bénéficiaire.

Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Nous ne pourrons être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultants :

- **De défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques :**
- **De modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation**
- **D'un cas de force majeure ou du fait d'un Tiers**

Lorsque un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

Sont exclus :

- **les Téléconsultations lorsque Notre service médical identifie une urgence médicale ;**
- **les consultations pour pathologies psychiatriques ;**
- **les prescriptions de certificats médicaux ;**
- **les prescriptions d'arrêt de travail et leurs éventuelles prolongations ;**
- **les prescriptions particulières, telles que :**

- les médicaments soumis à prescription restreinte :
o médicaments réservés à l'usage hospitalier
o médicaments à prescription hospitalière
o médicaments à prescription initiale hospitalière
o médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
o médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement,
- les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible à l'adresse suivante : http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf,
- les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site internet suivant : www.meddispar.fr, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens,
- la prescription de stupéfiants.

E. Limites de Nos interventions

Nous ne pouvons être tenu responsable de l'inexécution des prestations ou des retards dans l'exécution de Nos prestations en raison de :

- **La défaillance ou l'interruption des réseaux téléphoniques ou informatiques ;**
- **Une évolution de l'état du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui n'avait pas été signalée ;**
- **Un cas de force majeure ou un dommage causé par un Tiers ;**
- **Suite à des évènements tels que des grèves, émeutes, instabilité politique connue, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales) ;**
- **En cas de retard et/ou d'impossibilité d'obtenir des documents administratifs tels que des visas d'entrée et de sortie, des passeports, etc., nécessaires au transport du Bénéficiaire à l'intérieur ou à l'extérieur du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays recommandé par Nos Médecins pour y être hospitalisé ;**
- **En cas de recours à des services publics ou organismes locaux auxquels Nous sommes tenu de faire appel en vertu des réglementations locales et/ou internationales ;**
- **En cas de restrictions susceptibles d'être imposées par des sociétés de transport de personnes (en particulier les compagnies**

aériennes) pour les personnes souffrant de certaines pathologies, ou pour les femmes enceintes, de restrictions applicables jusqu'au début du transport et susceptibles d'être modifiées sans autre préavis (et pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.). En conséquence, le rapatriement de ces personnes ne sera possible que si la société de transport ne s'y oppose pas et, naturellement, en l'absence d'avis médical défavorable sur la santé du Bénéficiaire ou de l'enfant à naître.

F. Exclusions

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- **les frais engagés sans Notre accord préalable,**
- **les frais qui ne peuvent être vérifiés avec une facture acquittée au nom du Bénéficiaire,**
- **le Suicide ou les conséquences d'une tentative de Suicide du Bénéficiaire,**
- **les conséquences d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement,**
- **les conséquences de :**
  - **des situations à risques infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en Quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine (sauf mention contraire dans les garanties),**
- **les dommages causés intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,**
- **la perte d'autonomie antérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat,**
- **les conséquences :**
  - **des maladies et accidents antérieurs à la date d'entrée en vigueur du contrat**
  - **des maladies antérieurement diagnostiquées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,**
  - **des Chirurgies et Traitements de confort ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, de jour ou ambulatoire, dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance.**

G. Dispositions communes

G.1 Responsabilité

Nous ne pouvons en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Vous ou Vos Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.
Nous ne serons pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de nos obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Economie et des Finances : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les évènements imprévisibles d'origine naturelle.

Nous nous efforcerons néanmoins de tout mettre en œuvre pour Vous venir en aide;

L'organisation par Vous ou par Votre entourage de l'une des prestations de la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Nous avons été prévenu et a donné Notre accord exprès.
Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Nous aurions engagés pour organiser la prestation.

Notre responsabilité ne concerne que les services que Nous réalisons en exécution de la Convention. Nous ne serons pas tenue responsable :

- **des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès de Vous en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;**
- **de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.**

De même, Notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée par Vous des renseignements communiqués ou des conseils prodigués par Nous.

G.2 Prescription

Toute action dérivant de la **Convention** est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.
Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant

de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.».

- Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-dessous.

- Article 2240 du Code civil

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

- Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

- Article 2242 du Code civil

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

- Article 2243 du Code civil

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

- Article 2244 du Code civil

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

- Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

- Article 2246 du Code civil

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

G.3 Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à **Votre** réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit nous être adressée par écrit selon les modalités suivantes :

- Par mail : reclamation@votreassistance.fr
- Par courrier à l'adresse suivante : *AWP France SAS - Traitement des réclamations - TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex*

Nous accuserons réception de **Votre** réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et **Nous Vous** apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.
Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de **Votre** première réclamation écrite :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : *Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09*

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans **le délai d'un (1) an** à compter de **Votre** première réclamation écrite auprès de nos services.
Toutefois, cette démarche ne **Vous** prive pas de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription de votre contrat d'assurance en ligne, **Vous** avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : http://ec.europa.eu/consumers/odr

G.4 Compétence juridictionnelle

Nous faisons élection de domicile en **Notre** siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre **Nous** à l'occasion de la mise en œuvre de la **Convention** sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

G.5 Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Nous sommes est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution de la **Convention**.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de la **Convention** et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données, **Vous** pouvez exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Vous êtes informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle **Vous** pouvez **Vous** inscrire : https://www.bloctel.gouv.fr/.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente **Vous** a été remise lors de la souscription de la **Convention**.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

G.6 Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations de la **Convention** sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr.

G.7 Loi applicable – langue utilisée

La **Convention** est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la **Convention** est le français.

Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe

Fragonard Assurances est une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **Fragonard Assurances** (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrons être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

⚠ ***En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.***

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
• Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnisations à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	• Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
• Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et l'améliorer	• Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
• Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	• Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
• À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou	• Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
aux procédures internes	externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
• Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	• Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
• Pour la gestion du recouvrement de créances	• Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
• Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	• Non. Il est entendu que la détection et la de lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial ***Relyens.***

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégataires de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrons être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et

- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;

- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;

- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;

- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;

- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;

- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et

- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de [deux (2)] ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – [deux (2)] ans à compter du règlement du sinistre.

- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – [deux (2)] ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – [deux (2)] ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.