



DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SANTÉ SENIOR

EQC1034A_NI_09/2019

SOMMAIRE

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTE	4
ARTICLE 1 – PRÉAMBULE.....	4
ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 3 – REGLEMENTATION	4
ARTICLE 4 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION.....	4
ARTICLE 5 – MODALITES DE SOUSCRIPTION	5
ARTICLE 6 – PRISE D’EFFET ET DUREE DU CONTRAT	5
ARTICLE 7 – DECLARATIONS	5
ARTICLE 8 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT	6
ARTICLE 9 – CONDITIONS DES GARANTIES.....	6
ARTICLE 10 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	7
ARTICLE 11 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS.....	7
ARTICLE 12 – EXCLUSIONS.....	9
ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES.....	9
ARTICLE 14 – AJOUT OU RETRAIT DES AYANTS DROIT	9
ARTICLE 15 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE	10
ARTICLE 16 – PRESTATIONS	10
ARTICLE 17 – CONTROLE, PROCEDURE D’EXPERTISE ET ARBITRAGE	12
ARTICLE 18 – COTISATIONS	13
ARTICLE 19 – RESILIATION DU CONTRAT	14
ARTICLE 20 – SUBROGATION.....	15
ARTICLE 21 – PRESCRIPTION.....	15
ARTICLE 22 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION	16
ARTICLE 23 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	16
ARTICLE 24 – AUTORITE DE CONTROLE	20
ARTICLE 25 – DROIT DE RENONCIATION.....	20
CHAPITRE II. ASSISTANCE	22
ARTICLE 1 – EVENEMENTS GARANTIS	22
ARTICLE 2 – RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE	23
ARTICLE 3 – VALIDITE DE LA CONVENTION.....	25
ARTICLE 4 – DEFINITIONS CONTRACTUELLES	25
ARTICLE 5 – PRESTATIONS.....	27
ARTICLE 6 – RESPONSABILITE.....	34
ARTICLE 7 – EXCLUSIONS.....	34

ARTICLE 8 – PRESCRIPTION	35
ARTICLE 9 – MODALITES D’EXAMEN DES RECLAMATIONS	35
ARTICLE 10 – COMPETENCE JURIDICTIONNELLE	36
ARTICLE 11 – PROTECTION DES DONNES A CARACTERE PERSONNEL	36
ARTICLE 12 – AUTORITE DE CONTROLE	36
ARTICLE 13 – LOI APPLICABLE-LANGUE UTILISEE	36
LEXIQUE	41

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTE

L'assureur des garanties santé est :

L'ÉQUITÉ

Société anonyme au capital de 26 469 320 euros. Entreprise régie par le Code des assurances - B 572 084 697 RCS Paris. Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75442 Paris Cedex 09. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion des contrats au gestionnaire :

GROUPE SOLLY AZAR

Entreprise régie par le Code des assurances, SAS au capital de 200 000 € - 353508955 RCS PARIS – Société de courtage d'Assurances – Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09 – N°ORIAS : 07 008 500

Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, 75009 Paris.

ARTICLE 1 – PRÉAMBULE

Les contrats individuels de SANTE SENIOR sont gérés dans le cadre des conventions n° AQ001298 et n° AQ001301. Ces deux conventions sont régies par le Code des assurances et par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Elles se composent des documents suivants :

- Les présentes Dispositions Générales référencées EQC1034A, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.
- Le certificat de souscription, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat SANTE SENIOR a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagée par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s).

ARTICLE 3 – REGLEMENTATION

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et /ou règlements édictées par l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Le présent contrat ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Crimée, République Populaire Démocratique de Corée (Corée du Nord), en Iran, au Venezuela et / ou en Syrie.

ARTICLE 4 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

L'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré est réservée aux personnes physiques âgées à la date d'effet du contrat de 55 ans à 85 ans inclus, pour les formules 1 et 2 et de 55 ans à 80 ans inclus, pour les formules 3 à 5 (âge réel).

ARTICLE 5 – MODALITES DE SOUSCRIPTION

L'assuré, après avoir reçu et pris connaissance des présentes dispositions générales et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande de souscription.

Il devra désigner ses ayants droit, parmi :

- **Son conjoint** : personne avec laquelle il est marié, son concubin, son partenaire de PACS.
- **Ses enfants** :
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime de base duquel relève l'assuré ou son conjoint,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve qu'ils soient toujours fiscalement à sa charge ou à celle de son conjoint,
 - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à GROUPE SOLLY AZAR dans les 30 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.

L'assuré a le choix entre cinq niveaux de garanties, formules 1 à 5 et un renfort facultatif (accessible dès la formule 3) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties. Le niveau de garanties choisi sera ensuite identique pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas de souscription au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

La souscription est réputée conclue à la date d'émission du certificat de souscription sous réserve de l'encaissement de la première prime. La date d'effet du contrat est celle figurant sur le certificat de souscription ; elle est fixée au plus le lendemain de la réception de la demande de souscription.

Le contrat est conclu pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités précisées au paragraphe « RESILIATION DU CONTRAT » ci-après. A l'exception des cas visés aux articles L.113-3, L.113-9 et L.326-12 du Code des Assurances.

Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès la souscription.

ARTICLE 7 – DECLARATIONS

Les déclarations tant à la souscription qu'en cours de contrat, sont faites par l'assuré principal pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables. Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'assuré principal doit fournir des réponses exactes.

- **À la souscription** : l'assuré doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande de souscription.
- **En cours de contrat** : l'assuré doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :
 - Un changement d'état civil.
 - Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire.
 - Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an.
 - La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit.
 - Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
 - Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations.
 - L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'assuré le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de retrait d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur ou à son délégataire de gestion conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante : **GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09.**

Ces évènements doivent être signalés dans un délai de 30 jours suivant leur survenance. L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'assuré le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'assuré.

ARTICLE 8 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables et solidaires » (articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale).

Dans le cadre de la réforme dite « 100% santé » et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du Régime Obligatoire. La prise en charge intégrale de ces frais s'effectuera selon le calendrier déterminé au décret précité et indiqué dans le tableau de garanties :

- **A compter du 1er janvier 2020** pour les équipements optiques et les prothèses dentaires fixes et bridges. Lorsque le contrat a pris effet avant le 1er janvier 2020, la prise en charge intégrale s'effectuera pour les dépenses réalisées à compter de la date d'échéance anniversaire du contrat survenant au cours de l'année 2020.
- **A compter du 1er janvier 2021** pour les aides auditives et les prothèses dentaires amovibles. Lorsque le contrat a pris effet avant le 1er janvier 2021, la prise en charge intégrale s'effectuera pour les dépenses réalisées à compter de la date d'échéance anniversaire du contrat survenant au cours de l'année 2021.

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. L'assuré en sera informé le cas échéant.

ARTICLE 9 – CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié à un régime français d'assurance maladie. Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

ARTICLE 10 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls assurés résidents à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en Euros dans la limite prévue par la garantie « Soins effectués à l'étranger » du poste soins.

ARTICLE 11 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Le contrat Santé SENIOR SOLLY AZAR comporte cinq niveaux de garanties, formules 1 à 5 et un renfort facultatif. Pour chacun des niveaux, le tableau des garanties précise la nature, les montants de remboursements ainsi que les plafonds éventuels. Les garanties ainsi que le niveau de remboursement sont déterminés en fonction du niveau de garanties choisi qui est indiqué sur le certificat de souscription.

- **Les montants de remboursements figurant dans le tableau de garanties sont exprimés, suivant le cas :**

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné.
- En Frais réels (FR).
- En montant en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le poste optique (verres + monture) s'apprécie sur une période de deux ans et le poste aides auditives s'apprécie sur une période de 4 ans.
- En montant par acte exprimé en euros.

- **Les montants de remboursements s'entendent :**

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient.
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties joint au contrat.
- Pour le poste « **hospitalisation** », chaque assuré bénéficie d'un bonus de fidélité : la garantie « Honoraires des Professionnels de santé adhérant au DPTAM » est augmentée à l'échéance anniversaire du contrat (uniquement pour les formules 3 à 5), à partir de la 2^{ème} année d'assurance puis à partir de la 3^{ème} année d'assurance, tel qu'indiqué au tableau des garanties.
- La garantie « **frais de transport** » prend en charge les frais de transport du malade ou de l'accidenté qui sont remboursés par l'Assurance Maladie.
- Pour le poste « **optique** », la prise en charge est limitée à un équipement complet (2 verres + monture) tous les deux ans, délai décompté à partir de la date d'effet du contrat. Par dérogation, le délai est ramené à un an si l'assuré est mineur ou en cas d'évolution de la vue.
A compter du 1^{er} janvier 2020 (ou à compter de la date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2020 pour les contrats ayant pris effet avant le 1^{er} janvier 2020) :
 - la prise en charge est limitée à un équipement complet (2 verres + monture) tous les deux ans, délai décompté à partir de la date du dernier renouvellement de l'équipement,
 - et par dérogation, le délai est ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.Le montant du remboursement de la monture est plafonné conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et tel qu'indiqué au tableau de garanties.
- Pour le poste « **dentaire** », la mise en place du « 100% santé » se fera en deux étapes : prise en charge intégrale pour certains soins prothétiques (prothèses fixes et bridges) au 1^{er} janvier

2020 (à compter de la date d'échéance anniversaire du contrat pour les contrats ayant pris effet avant le 1er janvier 2020) et pour les prothèses amovibles ou dentiers la prise en charge intégrale sera mise en place au 1er janvier 2021 (à compter de la date d'échéance anniversaire du contrat pour les contrats ayant pris effet avant le 1er janvier 2021).

Les remboursements dentaires hors « 100% Santé » des formules 4 et 5 sont effectués dans la limite d'un plafond annuel par assuré pour l'ensemble des actes de prothèses dentaires remboursés ou non par le Régime Obligatoire (y compris facettes, implants, orthodontie, parodontologie refusées par le Régime Obligatoire). Au-delà du plafond, la garantie est limitée à 100% du TC y compris remboursement du Régime Obligatoire.

Bonus de fidélité : la garantie « Prothèses dentaires des paniers « maîtrisé et libre » est augmentée à l'échéance anniversaire du contrat, à partir de la 2^{ème} année d'assurance tel qu'indiqué au tableau des garanties.

- Pour le poste « **aide auditives** », à compter du 1er janvier 2021 (ou à compter de la date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2021 pour les contrats ayant pris effet avant le 1er janvier 2021), les remboursements seront limités à un équipement par oreille, tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de cet équipement. Pour les équipements hors « 100% Santé » le montant du remboursement est plafonné conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et tel qu'indiqué au tableau de garanties.
- Pour le poste « **prévention & bien-être** » :
 - La garantie « Cures thermales » n'est valable que pour les cures thermales dont la prise en charge est acceptée par le Régime Obligatoire.
 - La garantie « médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire » se limite au remboursement des médicaments prescrits par le médecin disposant d'une autorisation de mise sur le marché et classifiés en tant que médicament dans le VIDAL.
 - Bonus de fidélité : la garantie « médecines douces » est augmentée à l'échéance anniversaire du contrat à partir de la 2^{ème} année d'assurance puis à partir de la 3^{ème} année d'assurance, tel qu'indiqué au tableau des garanties.
- La garantie « **Prévention des risques cardiovasculaires** » : Selon le niveau de garanties souscrit, sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré ; le sevrage tabagique (hors cigarette électronique, celle-ci n'est pas considérée comme un moyen de sevrage), le tensiomètre, l'activité physique (l'Abonnement salle de sports, Abonnement Piscine, Frais d'adhésion à un club sportif et Licence Sportive sur présentation de justificatif nominatif - copies acceptées - portant les dates de validité de ce dernier).

Le tarif de référence pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale (article 4127-1 du code de la santé publique).

ARTICLE 12 – EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables. Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- De guerre civile ou étrangère.
- De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.
- De traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui sont pris en charge à 100% du tarif de responsabilité.
- D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ».

ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES

13.1 - A l'échéance principale

L'assuré a la possibilité de demander un changement de niveau de garanties par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale du contrat, en écrivant à l'adresse suivante : **GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS Cedex 09**

Toutefois, une modification de niveau de garanties ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet d'un avenant. S'il s'agit d'une diminution de niveau de garantie, l'écart entre le niveau de garantie avant la modification et celui après la modification ne pourra pas dépasser deux niveaux consécutifs.

13.2 - A l'initiative de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT ») : dans ce cas, l'assuré sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas à l'assureur de respecter un tel délai.

L'assuré sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'assuré ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'assuré dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'assuré est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution. En cas de refus d'une modification par l'assuré, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information (article « RESILIATION DU CONTRAT »). La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

ARTICLE 14 – AJOUT OU RETRAIT DES AYANTS DROIT

14.1. Ajout d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'assuré souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite (mail fax, courrier) à

GROUPE SOLLY AZAR - 60 rue de la Chaussée d'Antin – 75439 PARIS Cedex 09, dans un délai de 30 jours suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né.
- À la date de jugement d'un enfant adopté.
- À la date de l'union avec son conjoint.

Si la demande est formulée au-delà du délai ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande.

14.2. Retrait d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'assuré doit le déclarer par écrit (mail, fax, courrier) à GROUPE SOLLY AZAR dans les 30 jours suivant cet événement.

La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- En cas de décès, au lendemain du décès,
- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire...).

ARTICLE 15 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet. Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'assuré conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

ARTICLE 16 – PRESTATIONS

16.1 - Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'assuré a souscrit et qui figure au certificat de souscription.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion : **GROUPE SOLLY AZAR - 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09**

Dans les conditions et limites de remboursement du niveau de garanties choisi et mentionné au certificat de souscription, l'assureur peut prendre en charge :

- les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime français d'assurance maladie.
- les frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais prescrits médicalement, faisant l'objet d'une prise en charge par le contrat.
- les frais non remboursés par le Régime Obligatoire et non prescrits, faisant l'objet d'une prise en charge par le contrat.

Le calcul du remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable par le Régime d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français. Les décomptes seront adressés chaque mois par

mail ou par courrier et seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin – 75439 PARIS Cedex 09.

16.2 – Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'assuré ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à l'adresse suivante : **GROUPE SOLLY AZAR - 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09.**

L'assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de rejet de la télétransmission, l'assuré sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

16.3 - Tiers payant

La souscription au contrat SANTE SENIORS permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant. Pour les dépenses de pharmacie remboursables par le régime d'assurance maladie, l'assuré est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite :

- en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier ,
- pour les frais d'optique par l'intermédiaire de l'opticien,
- pour les frais d'aides auditives,

auprès de l'organisme de Tiers payant ALMERYS ou sur simple demande à GROUPE SOLLY AZAR.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'assuré s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

16.4 - Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'assuré doit envoyer à GROUPE SOLLY AZAR, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande comportant le numéro de contrat.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies.
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés.
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable.
- Les factures des Professionnels de Santé lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité.
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires.
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. L'évolution de la vue devra être justifiée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance, soit la nouvelle prescription ophtalmologique avec mention de la

situation médicale particulière en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire.
- Lorsque l'assuré ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause.
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.
- La facture originale et détaillée du praticien diplômé d'Etat si l'assuré consulte un ostéopathe, un chiropracteur, un étio-pathe, un homéopathe, un naturopathe, un podologue, un pédicure ou un diététicien au titre du poste prévention & bien-être.
- Un certificat médical précisant la nature de la pathologie (cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes ; ou d'un cancer de la prostate) et mentionnant la date de la 1^{ère} constatation au titre de la garantie « Forfait coup dur ».
- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs. Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires. En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soins ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

En cas d'utilisation de documents inexacts ou de moyens frauduleux en vue d'obtenir le remboursement ou le paiement de prestations, une déchéance de tout droit à l'indemnité sur la totalité du sinistre sera appliquée.

ARTICLE 17 – CONTROLE, PROCEDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

17.1 - Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'assuré tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'assuré doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'assuré reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'assuré, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

17.2 - Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront le droit de venir constater l'état de santé de l'assuré. Dans le cas où l'assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

17.3 – Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant.

Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 18 – COTISATIONS

18.1 - Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au certificat de souscription. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le Régime Obligatoire de l'assuré, les garanties choisies, l'âge des assurés, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés. La gratuité est accordée à partir du 3^{ème} enfant. La cotisation totale due par l'assuré correspond au cumul des cotisations de chaque assuré.

18.2 - Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'assuré et de ses ayants droit à l'échéance du contrat.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, ajout ou retrait d'ayant droit, modification du régime d'assurance maladie ou en cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

18.3 - Révision de la cotisation

L'Assureur peut être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle. L'assuré pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance. Cette résiliation prendra effet 30 jours après la réception de la demande.

18.4 - Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi à la souscription par l'assuré : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si l'assuré ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'assuré une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les 10 jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié 10 jours après l'expiration du délai de trente jours précités. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'assuré.

18.5 - Prélèvement

En cas de rejet d'une cotisation, un courrier sera adressé à l'assuré l'informant que la cotisation rejetée sera de nouveau prélevée le mois suivant. En cas de 2ème rejet de la cotisation, les prélèvements cesseront et l'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible.

En cas de non-paiement du solde de la cotisation, l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

ARTICLE 19 – RESILIATION DU CONTRAT

19.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation est du fait de l'assuré, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante : **GROUPE SOLLY AZAR - 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS Cedex 09**

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'assuré.

19.2 - Conséquences de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

19.3 - Résiliation par l'assuré

L'assuré peut résilier son contrat :

- A l'échéance en adressant à l'assureur une lettre recommandée au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat de souscription. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.
- En cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date à laquelle l'assuré a eu connaissance de cette modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'assuré a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

19.4 - Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le contrat :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure, si la cotisation n'est pas réglée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'assuré sans que la mauvaise foi de l'assuré soit établie (article L.113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

19.5 - Résiliation par l'assuré ou l'assureur

L'assuré ou l'assureur peut résilier le contrat en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'assuré et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'assuré d'une lettre d'information pour l'assureur.

19.6 - Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit :

- En cas de décès de l'assuré. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation.
- En cas de départ de la France métropolitaine pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit le 1er anniversaire du départ.

ARTICLE 20 – SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 21 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et 114-3 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.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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

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. 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.

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

ARTICLE 22 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION

22.1 - Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses prestations, l'assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : **GROUPE SOLLY AZAR - 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS Cedex 09.**

Si l'assuré ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné, accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à : **L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité - 75433 Paris Cedex 09.**

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais. Si la souscription au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'assuré ou l'assureur.

22.2 - Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'assuré et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'assuré peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande de l'assuré et y ait apporté une réponse. La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où cette demande n'a pas été soumise à une juridiction.

ARTICLE 23 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

23.1 Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'ÉQUITÉ est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

SOLLY AZAR, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels des traitements nécessaires à la souscription et à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- **Souscription des contrats ;**

- **Gestion de la vie du contrat ;**
- **Encaissement et recouvrement des primes ;**
- **Gestion et règlement des sinistres ;**
- **Gestion des réclamations ;**
- **Archivages des pièces de gestion.**

23.2 Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
<p>Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles</p> <p>Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat</p>
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

23.3 Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

- **La source d'où proviennent les données à caractère personnel :**

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

23.4 Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par SOLLY AZAR. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de SOLLY AZAR.

Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

23.5 Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

23.6 Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

23.7 Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Solly Azar ne réalise pas de transferts de données personnelles hors union Européenne. Si un tel transfert

devoir être réalisé, des garanties seraient prises pour encadrer juridiquement ce transfert et assurer un bon niveau de protection des données à caractère personnel concernées.

23.8 Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

23.9 L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **d'un droit d'accès** : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- **d'un droit de rectification** : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- **d'un droit de suppression** : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- **du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,**
- **d'un droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- **d'un droit à la portabilité des données** : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données, ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- **d'un droit de retrait** : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **d'un droit d'opposition** : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande aux adresses suivantes après avoir fourni une preuve de votre identité :

- **Auprès de Solly Azar** : à l'adresse suivante dpo@sollyazar.com ou à l'adresse postale suivante 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARISCEDEX.
- **Auprès de l'assureur** : à l'adresse suivante droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali- Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

23.10 Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

23.11 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données

- Pour Solly Azar, délégataire de souscription et de gestion, à l'adresse dpo@sollyazar.com ou à l'adresse postale suivante 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARISCEDEX.
- Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generalif.fr

ARTICLE 24 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, 75009 Paris.

ARTICLE 25 – DROIT DE RENONCIATION

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance selon les modalités ci-après :

25.1 - En cas de démarchage à domicile :

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

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances – l'assuré peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après. Cette faculté de renonciation est perdue si l'assuré a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de 14 jours précités.

« Je soussigné(e) _____, N° de contrat _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription à la convention n° AQ001298 ou n°AQ001301 effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription), conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances ».

Fait à _____, le _____

« Signature ».

25.2 - En cas de vente à distance :

Les dispositions ci-après s'appliquent aux souscriptions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.112-2-1 du Code des Assurances et L.121-6 du Code de la Consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de "une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat".

Conformément à l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, l'assuré peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'assuré reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'assuré a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à l'adresse suivante : **GRUPE SOLLY AZAR - 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS Cedex 09.**

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre ci-dessous :

Nom, Prénom _____

Adresse _____

N° du contrat Santé SENIOR SOLLYAZAR _____

N° de convention n° AQ001298 ou n°AQ001301

Mode de paiement choisi _____

Montant de la cotisation déjà acquittée _____ €

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112 °-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à ma souscription à SANTE SENIOR citée en référence conclue en date du _____.

Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'assuré en application du contrat, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par l'assureur de la notification de la renonciation.

CHAPITRE II. ASSISTANCE

BESOIN D'ASSISTANCE ?

- ▶ Contactez-nous depuis la France (24h/24) au 01.40.25.53.36 (appel non surtaxé)
- ▶ Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr>
- ▶ accessibles 24h/24 et 7j/7 sauf mention contraire dans la Convention d'assistance

- ▶ 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

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite (ci-après dénommée « Convention d'assistance ») par SOLLY AZAR auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris
Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris
Entreprise régie par le Code des assurances

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 dénommée "**Mondial Assistance**"

ARTICLE 1 – EVENEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites à l'article 5.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » et 5.5 « TELECONSEIL SANTE » et 5.6 « TELECONSULTATION » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 5.2 « HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE » sont délivrées en cas :
 - d'Hospitalisation du Bénéficiaire
et/ou
 - d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

- Les prestations décrites à l'article 5.3 « COMPLEMENT POUR LES AIDANTS » sont délivrées en cas d'entrée en dépendance d'un Membre de la famille.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

ARTICLE 2 – RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimité	

HOSPITALISATION – IMMOBILISATION A DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE A DOMICILE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Durée d'Hospitalisation au moins égale à 2 nuitées ou durée d'Immobilisation à Domicile au moins égale à 2 jours . L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 300 € TTC	

COMPLEMENT POUR LES AIDANTS

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
PRESTATIONS PONCTUELLES A L'ENTREE EN DEPENDANCE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance du Membre de la famille. La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidé.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 300€ TTC	
LE REPIT DE L'AIDANT		
Téléassistance permanente au domicile	Mise en relation sans prise en charge donnant droit à un tarif préférentiel	Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire
Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour l'aidé	500€ TTC maximum	La prise en charge est limitée à 1 fois par personne aidée et par période annuelle de garantie.

TELECONSEIL SANTE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Questions médicales face à un symptôme	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service.
Informations médicales et parcours de santé		
Orientation vers un centre médical de référence spécialisé		Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Prise de rendez-vous médicaux en ligne		Prestation rendue par internet exclusivement

TELECONSULTATION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Téléconsultation	Consultation médicale par téléphone ou en ligne via un site internet Identification d'un établissement de soins proche du Domicile du Bénéficiaire Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin.	Dans la limite de 10 Téléconsultations maximum par période annuelle de garantie, multiplié par deux (20 consultations par Bénéficiaire) si le Bénéficiaire justifie d'une affection longue durée.
Livraison de médicaments	Prise en charge des frais de livraison	Les coûts des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire

ARTICLE 3 – VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Les prestations de la Convention d'assistance sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidé.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pour les évènements survenus pendant la durée de validité du contrat Santé TNS et Sénior et de l'accord liant Solly Azar et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

ARTICLE 4 – DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la Convention d'assistance « Santé Sénior », les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

AIDANT

Bénéficiaire assuré majeur qui vient en aide à titre non professionnel à un Membre de la famille dépendant. L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile du Membre de la famille aidé à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Aidant.

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat n°921812 (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine exclusivement, où se situe le Domicile.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, non programmé ou ne pouvant être reporté.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

IMMOBILISATION A DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire assuré ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire assuré.

MEMBRE DE LA FAMILLE DEPENDANT A CHARGE

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La 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. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,

- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

ARTICLE 5 – PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

5.1 Informations – conseils – services à la personne

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

❖ Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

❖ Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,
- mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son 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 des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

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.

❖ Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- Information sur les démarches administratives à effectuer ;
- Informations pratiques : information loisirs pour les seniors, informations spécialisées pour les malvoyants, etc.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées. Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.2 Hospitalisation – Immobilisation à domicile

ASSISTANCE A DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- ❖ **Evaluation des besoins et recommandations**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

5.3 Complément pour les aidants

Lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

- ❖ **Evaluation des besoins et recommandations**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

PRESTATIONS PONCTUELLES A L'ENTREE EN DEPENDANCE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'entrée en Dépendance d'un Membre de la famille et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- ❖ **Evaluation des besoins et recommandations,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- ❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

LE REPIT DE L'AIDANT

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

❖ **Téléassistance permanente au Domicile**

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au Domicile du Membre de la famille en état de Dépendance, sans prise en charge.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société GTS, société du groupe Allianz Global Assistance, Société Anonyme au capital de 720 000 euros, SIRET 330 377 193 00082 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sémard 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

❖ **Aide à Domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le Membre de la famille en état de Dépendance**

Mondial Assistance, organise et prend en charge, en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires :

- Une aide à domicile auprès de la personne aidée, dans les conditions précisées à la prestation « Veille ou prise en charge du Membre de la famille en état de dépendance » de l'article 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE »,
- Une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié.

5.4 Description des services et aide à domicile

❖ **Evaluation des besoins et recommandations**

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement. Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

❖ **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande. Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir 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 à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention d'assistance et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), **hors soins médicaux** relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire 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 du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

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

Mondial Assistance organise et prend 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, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

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.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place 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 par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** » de l'article 5.4.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à Domicile.

5.5 Téléconseil santé

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- Questions médicales face à un symptôme : lorsque le Bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de Mondial Assistance lui fournit une aide à la compréhension du symptôme

et le renseigne sur la conduite à tenir : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.

- Informations médicales et parcours de santé : un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son Hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi. Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.
- Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque le Bénéficiaire doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

- **Prise de rendez-vous médicaux en ligne** : Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire un site internet <http://mondial-assistance.rdvmedicaux.com> qui lui permet de prendre rendez-vous en ligne avec un spécialiste.

5.6 Téléconsultation

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).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à l'Assureur, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance 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 garantie Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- 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.

Lorsqu'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.

La Téléconsultation est un service de télémédecine.

Elle n'est accessible qu'en cas de demande d'avis médical pour une situation aiguë non vitale lorsque le Bénéficiaire ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, son médecin traitant.

Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation, réalisée par un médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

A l'issue de la Téléconsultation, le médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation en vigueur (notamment la réglementation relative au secret médical) :

- Identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- Transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin.

❖ **Livraison en urgence au Domicile de médicaments** immédiatement nécessaires prescrits par un médecin
Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Le Service Assistance prend en charge le service de livraison de médicaments.

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat de médicaments indispensables, le Bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer, le Service Assistance recherche, achète et apporte au Domicile ces médicaments, **sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.**

Le Service Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments.

Le Coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire. Cette prestation est accessible uniquement en France.

A l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

EXCLUSIONS

Au titre de la garantie « Téléconsultation » sont exclues :

- Les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale.
- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle ;
- les prescriptions particulières, telles que :
 - les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicaments réservés à l'usage hospitalier
 - médicaments à prescription hospitalière
 - médicaments à prescription initiale hospitalière
 - médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
 - les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
 - les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur [http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list APcl.pdf](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

Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;
- la prescription de stupéfiants.

ARTICLE 6 – RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements 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-financiers-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 événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention d'assistance. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- **des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire 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.**

ARTICLE 7 – EXCLUSIONS

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

- o les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance,
- o les frais non justifiés par des documents originaux,
- o le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- o les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- o les conséquences :
 - o des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - o de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - o de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - o de l'exposition à des agents incapacitants,
 - o de l'exposition à des agents radioactifs,
- o de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- o les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- o les conséquences :
- o de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,

- de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
- des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées / constituées, les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

ARTICLE 8 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'événement 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'événement qui y donne naissance.*

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

- Article L114-2 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, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

ARTICLE 9 – MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante : reclamation@votreassistance.fr (ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa

réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance (<http://www.mediation-assurance.org>)

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

ARTICLE 10 – COMPETENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance 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.

ARTICLE 11 – PROTECTION DES DONNES A CARACTERE 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.

Fragonard Assurances est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance 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 le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.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 a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription au contrat.

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

ARTICLE 12 – AUTORITE DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention d'assistance 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.

ARTICLE 13 – LOI APPLICABLE-LANGUE UTILISEE

La Convention d'assistance est régie par la loi française. La langue utilisée pour l'exécution de la Convention d'assistance 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.

a. 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.

b. 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 pourrions 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.**

c. 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 ?
<ul style="list-style-type: none">• 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 indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• 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.
<ul style="list-style-type: none">• Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	<ul style="list-style-type: none">• 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 i ci-dessous.
<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	
<ul style="list-style-type: none"> • À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes 	<ul style="list-style-type: none"> • Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Pour la gestion du recouvrement de créances 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 **SOLLY AZAR**

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 l'adhésion à 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.

d. **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 pourrions 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.

e. 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 d, 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 i.

f. 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 i.

g. 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 i.

h. 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 c 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.

i. 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

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

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

LEXIQUE

100% santé : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ». Les contrats de complémentaire santé responsable remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Accident : Un accident est une atteinte à l'intégrité physique non intentionnelle, et qui provient d'une action ou d'un événement fortuit, soudain, et imprévisible dû à une cause extérieure à la volonté de l'Assuré.

Base de remboursement : La Base de Remboursement correspond au Tarif de convention en Secteur conventionné ou au Tarif d'autorité en Secteur non conventionné. Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

Demande de prise en charge : La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, optique...) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré ou souscripteur, sur la base d'un devis.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAMCO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Frais de séjour : Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

Frais réels (FR) : Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

Hospitalisation : L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les séjours en soins de suite, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues
- les **Hospitalisations** pour motif psychiatrique prises en charge par la Sécurité Sociale

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...)

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient

Maladie : Altération de la santé de l'assuré ou adhérent constatée par une autorité médicale compétente.

Régime Obligatoire : Le régime français de Sécurité sociale auquel est affilié l'Assuré.

Tarif d'Autorité (TA) : correspond aux actes effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de Convention (TC) : correspond aux actes effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

Ticket modérateur : Fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.