



AG2R LA MONDIALE

Mme Audrey DENNER
63 AVENUE DE LA REPUBLIQUE
33450 ST LOUBES

Madame DENNER,

En adhérant à notre société, vous avez réalisé, dans les meilleures conditions, un acte de prévoyance déterminant. Nous vous en félicitons et avons le plaisir de vous remettre votre contrat d'assurance Prévoyance Gérant Majoritaire.

Votre adhésion est enregistrée sous le numéro AN 132 011 277 000 et a été établie au meilleur tarif. LA MONDIALE fonctionne, en effet, sur le principe de la mutualité et n'existe que par et pour ses sociétaires.

En application de ce principe et en tant que sociétaire, vous disposez d'un droit de priorité. Ainsi vous pouvez exiger qu'un collaborateur de notre société rencontre des personnes de votre entourage familial, amical, ou professionnel. Nous pouvons, comme pour vous-même, après une étude précise, apporter une solution à leurs problèmes de retraite, de prévoyance, d'épargne ou de protection du patrimoine. Vous pouvez, bien entendu, compter sur notre totale discrétion. Un sociétariat actif est, comme vous le savez, un gage de qualité et de compétitivité.

À partir de maintenant et pendant toute la durée du contrat, nous souhaitons, conformément à notre tradition mutualiste, vous apporter le service au plus près de vos besoins. Bien entendu, notre conseiller se tient à votre disposition pour toute information complémentaire ou pour toute adaptation particulière de votre contrat. En outre vous avez la faculté d'interroger notre service client.

N'hésitez pas à appeler au 0 970 808 808 (numéro non surtaxé) du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h30.

Soucieux de justifier au mieux la confiance que vous nous témoignez, nous vous prions d'agréer nos sentiments dévoués et les meilleurs.

M. André Renaudin
Le Directeur Général



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE CERTIFICAT D'ADHÉSION

Prévoyance
Gérant
Majoritaire

À RAPPELER LORS DE CHAQUE CORRESPONDANCE :

N° d'adhésion : AN132011277000

N° de sociétaire : P7509715

Adhérent : Mme DENNER née MOREAU Audrey

Né(e) le 17 avril 1982

Demeurant : 63 AVENUE DE LA REPUBLIQUE 33450 ST LOUBES

Profession : COMMERCANTE

Classe professionnelle : 2

A adhéré au contrat d'assurance de groupe Prévoyance Gérant Majoritaire numéro 170713 souscrite par AMPHITÉA auprès de La Mondiale.

L'adhésion est effectuée dans le cadre fiscal de l'assurance vie.

Elle prend effet le 01 juillet 2021 sous réserve du paiement de la première cotisation, déduction faite de l'acompte, et cessera au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Le revenu de référence de l'adhérent à l'adhésion est de 0,75 Plafond(s) Annuels de la Sécurité Sociale (PASS) soit 30 852 €.

Les montants du revenu de référence, des garanties et des cotisations sont indexés chaque année, en fonction de l'évolution du PASS.

La présente adhésion, qui a pour base les déclarations de l'assuré, est établie conformément à la proposition d'assurance qu'il a signée et dont il a approuvé les adaptations.

GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES

En cas de décès de l'adhérent, La Mondiale règle au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital égal à 425 % du revenu de référence soit 131 121 €.

En cas de reconnaissance d'invalidité absolue et définitive, le capital décès est versé par anticipation.

En cas de décès du conjoint, du partenaire ou du concubin tel que défini au livre 1^{er} du Code civil, avant son 65^e anniversaire et postérieurement à celui de l'adhérent versement d'un capital égal au capital décès (voir ci-dessus) selon les dispositions prévues dans la notice d'information.

GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT

En cas de décès de l'adhérent, résultant d'un accident, tel que défini contractuellement, La Mondiale règle au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital égal à 300 % du revenu de référence soit 92 556 €.

En cas de reconnaissance d'invalidité absolue et définitive, d'origine accidentelle, le capital décès supplémentaire est versé par anticipation à l'adhérent.

BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès :

- En cas d'invalidité : l'assuré
- En cas de décès : le conjoint de l'assuré non séparé judiciairement; à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales; à défaut les ascendants de l'assuré par parts égales, ou le survivant d'entre eux; à défaut les héritiers de l'assuré.

L'adhérent en cas d'invalidité absolue et définitive.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

En cas de décès de l'adhérent, l'assureur verse une rente éducation selon les dispositions prévues dans la notice d'information à partir de la base de garantie égale à 18 % du revenu de référence soit 5 554 €.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent, la rente éducation est versée par anticipation.

GARANTIE EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

Dès que le diagnostic d'une maladie redoutée, telle que définie contractuellement, est posé et qu'il a été reconnu par l'assureur du vivant de l'adhérent, ou dès que la greffe d'organe, telle que définie contractuellement, a été réalisée, l'assureur règle à l'adhérent un capital égal 100 % du revenu de référence soit 30 852 €.

Votre dossier est suivi par votre conseiller : MONSIEUR ANTHONY MARTINEAU

Le centre de relation clients AG2R LA MONDIALE est joignable au 0 970 808 808 (numéro non surtaxé).

Les conseillers clientèle sauront répondre à vos questions et vous guider dans les différentes démarches concernant votre contrat.

COTISATIONS

À partir du 01/07/2021 le montant de annuel TTC de vos cotisations s'élève à :

Garantie décès toutes causes	419,59 €
Garantie décès complémentaire en cas d'accident	74,04 €
Garantie rente éducation	567,55 €
Garantie capital maladie redoutée	80,22 €
Garantie d'assistance	7,20 €
Total	1 148,60 €
Compte tenu du fractionnement retenu, votre cotisation mensuelle s'établit à	95,72 €

Compte tenu des déclarations de l'assuré quant au démarrage récent de son activité, les cotisations bénéficieront, pendant trois années consécutives d'un taux d'appel : de 60% pendant les 12 premiers mois de l'adhésion au contrat, de 80% pendant les 12 mois suivants puis de 90% les 12 derniers mois.

Fait à Mons-en-Baroeul, le 10 septembre 2021

Le Directeur Général Délégué



TAUX DE COTISATION* T.T.C. (exprimé en pourcentage)**À la date de l'adhésion compte tenu des taxes en vigueur à cette date**

Âge de l'assuré	Décès toutes causes	Décès accident	Rente éducation	Rente de conjoint	Maladie redoutée	Capital invalidité	Incapacité temporaire de travail	Invalidité permanente
39	0,32 %	0,08 %	10,22 %	-	0,26 %	-	-	-
40	0,32 %	0,08 %	10,48 %	-	0,28 %	-	-	-
41	0,32 %	0,08 %	10,70 %	-	0,31 %	-	-	-
42	0,32 %	0,08 %	10,91 %	-	0,33 %	-	-	-
43	0,32 %	0,08 %	11,07 %	-	0,38 %	-	-	-
44	0,32 %	0,08 %	11,21 %	-	0,41 %	-	-	-
45	0,32 %	0,08 %	11,30 %	-	0,44 %	-	-	-
46	0,32 %	0,08 %	11,35 %	-	0,47 %	-	-	-
47	0,32 %	0,08 %	11,35 %	-	0,50 %	-	-	-
48	0,32 %	0,08 %	11,31 %	-	0,55 %	-	-	-
49	0,32 %	0,08 %	11,25 %	-	0,61 %	-	-	-
50	0,32 %	0,08 %	11,11 %	-	0,67 %	-	-	-
51	0,32 %	0,08 %	10,78 %	-	0,73 %	-	-	-
52	0,32 %	0,08 %	10,34 %	-	0,80 %	-	-	-
53	0,32 %	0,08 %	9,66 %	-	0,88 %	-	-	-
54	0,32 %	0,08 %	8,85 %	-	0,96 %	-	-	-
55	0,32 %	0,08 %	7,95 %	-	1,06 %	-	-	-
56	0,32 %	0,08 %	6,73 %	-	1,13 %	-	-	-
57	0,32 %	0,08 %	5,33 %	-	1,23 %	-	-	-
58	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	1,34 %	-	-	-
59	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	1,44 %	-	-	-
60	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	1,57 %	-	-	-
61	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
62	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
63	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
64	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
65	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
66	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
67	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
68	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
69	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-
70	0,32 %	0,08 %	4,11 %	-	-	-	-	-

* pour chaque garantie, le taux de cotisation est à appliquer au pourcentage du revenu de référence retenu.



AG2R LA MONDIALE

Vous venez de souscrire un contrat AG2R LA MONDIALE et nous vous en remercions !

Pour en suivre l'évolution et effectuer des opérations sur Internet, inscrivez-vous dès à présent sur votre **Espace Client**, gratuit et accessible 24h/24.

Pour vous inscrire Madame Audrey DENNER
depuis l'Espace Client : <https://client.professionnel.ag2rlamondiale.fr>
munissez-vous de votre N° de personne et de votre N° de contrat mentionnés ci-dessous :
N° de personne : P7509715
N° de contrat : AN132011277000

Suite à votre inscription, vous recevrez votre identifiant ainsi que votre mot de passe par e-mail.

Ces codes sont confidentiels et ne doivent en aucun cas être communiqués à un tiers.

En cas de perte ou de vol, contactez nous au **0 970 808 808 (numéro non surtaxé)**, du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h30.

Votre **Espace Client** est accessible depuis le site Internet de La Mondiale :
<http://www.professionnel.ag2rlamondiale.fr>

ou directement depuis cette adresse :
<https://client.professionnel.ag2rlamondiale.fr>

Bonne visite !



AG2R LA MONDIALE

NOTICE DU CONTRAT PRÉVOYANCE GÉRANT MAJORITAIRE



LEXIQUE

ACCIDENT

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ADHÉRENT

La personne physique qui adhère à l'association AMPHITÉA et qui s'engage à payer les cotisations.

ASSURÉ

La personne sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement de prestations garanties.

BÉNÉFICIAIRE

La personne physique ou morale désignée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

CONSOLIDATION

La consolidation est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif.

La date de consolidation peut donc être fixée lorsque les séquelles présentent un caractère définitif et stable.

DÉLAI D'ATTENTE

Période qui suit la prise d'effet du contrat et au cours de laquelle les sinistres qui surviennent ne sont pas pris en charge pour une durée prévue contractuellement.

DÉLAI DE FRANCHISE

Période qui s'écoule entre la survenance d'un sinistre et son indemnisation au titre du contrat de prévoyance.

ÉCHÉANCE

Date à laquelle une cotisation devient exigible.

ENFANT À CHARGE

On entend par enfant à charge :

- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, c'est-à-dire les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs ou recueillis âgés de moins de 18 ans, ou âgés de moins de 25 ans sous réserve qu'ils poursuivent effectivement leurs études à temps plein, qu'ils n'exercent aucune activité rémunérée et qu'ils soient effectivement à la charge de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin au sens fiscal,
- les enfants de l'adhérent, non confiés à sa garde mais pour lesquels il est judiciairement tenu au versement d'une pension alimentaire, sous réserve des mêmes conditions d'âge et d'activité que ci-dessus,
- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, quel que soit leur âge, tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile. Dans ce cas, une pièce justifiant de cet état devra être produite.

GÉRANT MAJORITAIRE

Est considéré comme gérant majoritaire, le gérant qui possède en pleine propriété ou en usufruit, seuls ou avec les éventuels autres co-gérants la moitié plus une des parts sociales.

On tiendra compte également des parts possédées par le conjoint ou le partenaire pacsé et les enfants mineurs ou détenues par des sociétés interposées (dont le gérant contrôle plus de 50% du capital et où il exerce des fonctions de direction).



PRÉAMBULE

Prévoyance Gérant Majoritaire est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative, régie par le Code des assurances, souscrite sous le numéro 170713 par :

AMPHITÉA

Association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901

5, rue Cadet

75009 PARIS

dénommée « le souscripteur », au profit exclusif de ses membres, auprès de

LA MONDIALE

Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation

Entreprise régie par le Code des Assurances

Membre d'AG2R LA MONDIALE

32, avenue Emile Zola

59370 Mons-en-Baroeul

775 625 635 R.C.S. Lille - Métropole

dénommée « l'assureur ».

Peut bénéficier de l'assurance, toute personne physique, membre d'AMPHITÉA, et ayant le statut de gérant majoritaire, dénommée « l'adhérent ». L'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne.

Le contrat d'assurance de groupe prend effet le 1^{er} janvier 2017 et expire le 31 décembre suivant. Il est ensuite tacitement reconduit le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par le souscripteur ou par l'assureur par lettre recommandée au moins trois mois avant la date de renouvellement.

La gestion du contrat d'assurance de groupe Prévoyance Gérant Majoritaire ainsi que son adaptation aux évolutions sociales et techniques, est réalisée paritairement par les représentants du souscripteur et ceux de l'assureur, étant précisé que l'ensemble des formalités de gestion est accompli par l'assureur qui apprécie tous les risques, délivre tous les certificats, reçoit tous les avis et toutes les communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous les avis et les lettres recommandées.

L'adhésion au contrat d'assurance de groupe Prévoyance Gérant Majoritaire s'effectue aux conditions et tarifs en vigueur à la date de sa prise d'effet, sous réserve des modifications postérieures qui seront notifiées aux adhérents conformément à l'Article L. 141-4 du Code des assurances.

À propos d'AMPHITÉA :

AMPHITÉA, association de dialogue des assurés d'AG2R LA MONDIALE, a pour objet de conclure en faveur de ses membres tous contrats d'assurance de groupe auprès des entreprises d'assurances autorisées et toutes conventions utiles auprès des organismes de prévoyance ou de retraite, d'adapter à leur profit ces contrats et conventions et de permettre à ses membres de participer à la gestion des risques qui les concernent conformément à la législation en vigueur.

Elle a également pour objet :

- d'informer ses membres sur toutes les questions concernant la protection sociale et l'assurance de personne, à titre individuel et collectif, et d'engager à ces effets toute action d'information, de formation et de communication avec ses membres et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de développer entre ses membres un esprit de solidarité conforme à la tradition mutualiste ;
- de prendre toutes participations et toutes initiatives présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité.

En sa qualité de souscripteur, AMPHITÉA est chargée de veiller à la bonne exécution de Prévoyance Gérant Majoritaire par La Mondiale et à la représentation des intérêts de ses membres qui y ont adhéré. Tout adhérent à cette association dispose d'un droit de vote à son assemblée générale.

Loi applicable au contrat et régime fiscal

L'adhésion est régie par le droit français. Sa validité et son exécution sont soumis au droit français.

L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française ou, si elle est effectuée dans une Collectivité d'Outre-Mer, à la réglementation fiscale de cette collectivité.



PRÉSENTATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

L'adhésion à la présente convention, garantit aux adhérents, en fonction des garanties et niveaux souscrits, le règlement de prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente de l'adhérent, suite à un accident ou à une maladie garanti(e).

Les montants des garanties et options souscrites sont indiqués au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

ARTICLE 2 - DATE D'EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion, pour une période qui expire le 31 décembre suivant.

Elles sont ensuite tacitement reconduites le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation de l'adhérent ou de l'assureur par lettre recommandée au moins DEUX MOIS avant la date prévue pour son renouvellement.

Néanmoins au terme d'une période de deux ans à compter de la date d'effet des garanties initiales pour l'adhérent et sans préjudice des dispositions prévues aux articles L113-3 et L113-4 du code des assurances, l'assureur renonce expressément à se prévaloir de la faculté de résilier l'adhésion tant que l'adhérent n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Avant le terme de cette période, l'assureur conserve la possibilité de réexaminer les conditions de ses garanties ou le cas échéant, de résilier l'adhésion, sous réserve d'en informer l'adhérent au moins DEUX MOIS avant le terme des deux premières années d'assurance.

ARTICLE 3 - DROIT D'ADHÉSION ET FRAIS

1. Droit d'adhésion à La Mondiale :

L'adhésion à La Mondiale qui confère à l'adhérent la qualité de sociétaire est conditionnée par le paiement d'un droit unique d'adhésion, non remboursable.

Ce droit d'adhésion est fixé à 10% de la première cotisation annuelle hors taxe.

Inclus dans le coût de l'assurance, il n'est pas dû si l'adhérent est déjà sociétaire.

2. Frais de dossier :

Les frais de dossier sont fixés à 15,00 EUR TTC.



ADHÉSION AU CONTRAT

ARTICLE 1 - ADMISSIBILITÉ

Pour bénéficier de l'assurance, toute personne physique, membre d'AMPHITÉA doit remplir les conditions suivantes :

- présenter sa demande d'adhésion avant son 65^e anniversaire,
- justifier de son statut de gérant majoritaire,
- être à jour du paiement des cotisations à ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite,
- exercer effectivement une activité professionnelle rémunérée, si la garantie de ressources en cas d'incapacité de travail ou en cas d'invalidité, ou si la garantie rente de conjoint est souscrite

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhérent doit faire parvenir à l'assureur :

- une demande d'adhésion signée,
- le montant de l'acompte de cotisation,
- un questionnaire de santé complété et signé. Ce questionnaire doit être adressé à l'attention exclusive du médecin conseil de l'assureur dans l'enveloppe dédiée qui est remise au proposant.

Des formalités médicales complémentaires peuvent lui être demandées.

Après étude du dossier médical, l'assureur peut exclure, ajourner ou refuser tout ou partie des garanties, en diminuer certaines ou appliquer une surprime. Ces décisions seront notifiées à l'adhérent, dans les conditions prévues à l'article suivant.

ARTICLE 3 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de signature de la demande d'adhésion, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- réception, par l'assureur, de l'ensemble des pièces énumérées à l'article 2 ci-dessus dans les 15 jours qui suivent la date de signature de la demande d'adhésion.
Au-delà de ce délai, les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de réception des pièces,
- acceptation par l'assureur après étude du dossier médical, sous réserve de la remise du certificat d'adhésion,
- paiement de la cotisation correspondante.

En cas d'exclusion, de diminution de certaines garanties ou d'application de surprime, le contrat prendra effet à la date prévue aux alinéas précédents que dans la mesure où la notification adressée par l'assureur à l'adhérent sera régularisée et retournée par ce dernier à l'assureur au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour de son envoi. À défaut, la demande d'adhésion est considérée comme caduque.



ARTICLE 4 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin

1. de plein droit :

- en cas de cessation du paiement des cotisations (cf VIE DU CONTRAT article 4 paragraphe 3 Versement),
- en cas de fausse déclaration ou de réticence prévues à l'article L 113-8 du Code des assurances ou en cas de fraude caractérisée,
- en cas de non-renouvellement du présent contrat,
- à la date à laquelle l'adhérent cesse toute activité professionnelle rémunérée concernant les garanties de ressources qu'il a souscrites à l'exception des garanties maintenues par l'assureur au titre de la garantie de prise en charge des cotisations,
- en tout état de cause, au décès de l'adhérent.

2. à la demande de l'adhérent : au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'une notification à l'assureur par lettre recommandée deux mois avant cette date.

3. à l'initiative de l'assureur :

- à chaque échéance annuelle et pendant le délai de deux ans suivant l'adhésion, conformément à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,
- après la réalisation d'un sinistre (article R. 113-10 du Code des assurances). La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la notification à l'assuré. Dans ces conditions, l'assuré a alors le droit de résilier les autres adhésions souscrites par lui auprès de l'assureur, dans le délai d'un mois à compter de la notification de cette résiliation. La résiliation des adhésions de l'assuré prenant effet un mois à dater de la notification à l'assureur par lettre recommandée.

4. les garanties peuvent également prendre fin à l'initiative de l'assureur sous certaines conditions prévues à l'article L 113-4 du Code des assurances et pouvant induire une aggravation des risques notamment en cas de cessation d'activité professionnelle rémunérée, de changement d'activité professionnelle, de modification d'exercice de la profession indiquée, ou en cas de pratique de nouveau(x) sport(s) dangereux.

À ces dispositions générales s'ajoutent les règles particulières aux risques garantis, énoncées aux chapitres suivants en fonction des garanties retenues.

ARTICLE 5 - SUPPRESSION DES DÉLAIS DE CARENCE

Si le présent contrat fait suite à un autre contrat précédemment souscrit depuis au moins deux ans et toujours en cours chez un autre assureur, comportant des garanties équivalentes et de même nature, les délais de carence suivants peuvent être supprimés :

- Le délai de carence sur le décès et l'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) résultant des conséquences directes ou indirectes du suicide survenant dans la PREMIERE ANNEE de prise d'effet de la présente garantie.
- Les délais de carence sur l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité permanente résultant :
 - d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie.
 - d'une récidive durant les DEUX PREMIERES ANNÉES D'ASSURANCE d'une affection antérieure à la date d'effet de la garantie.
 - d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE.

Cette suppression des délais de carence peut être accordée à la demande expresse de l'assuré lors de l'adhésion au contrat et avec l'accord de l'assureur, sous réserve de l'analyse administratif et médicale du dossier.

L'assuré devra justifier lors de l'adhésion de l'ancienneté du précédent contrat, de la nature et du montant des garanties précédemment souscrites.

En cas d'accord de l'assureur, un avenant stipulant la suppression des délais de carence concernés sera remis à l'assuré avec son certificat d'adhésion.



GARANTIES DU CONTRAT



GARANTIE DÉCÈS (TOUTES CAUSES)

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La **garantie en cas de décès** (toutes causes) prévoit le versement d'un capital au bénéficiaire désigné (voir article 2). Le montant du capital versé est égal au pourcentage appliqué au revenu de référence indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

Ce capital peut, à la demande du bénéficiaire, être réglé en un nombre déterminé de versements trimestriels.

ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRE(S)

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

La désignation bénéficiaire peut être modifiée à toute époque par l'adhérent. La modification doit être formulée par écrit et prend effet dès qu'elle est parvenue à la connaissance de l'assureur.

Conformément à la réglementation, l'adhérent peut désigner le bénéficiaire au moment de l'adhésion ou ultérieurement. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique notifié à l'assureur. Lorsque cette dernière n'est plus appropriée, l'adhérent peut la modifier à son gré.

Le bénéficiaire a la possibilité de confirmer à tout moment à l'assureur avec l'accord de l'adhérent, qu'il accepte cette désignation dans les conditions prévues par la loi : il la rend ainsi irrévocable. Dans ce cas, l'adhérent ne pourra plus, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, modifier ladite clause bénéficiaire.

ARTICLE 3 - TERME DE LA GARANTIE

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

Elle peut toutefois être prolongée avec l'accord express de l'assureur et sous réserve que l'adhérent exerce toujours une activité professionnelle rémunérée. L'adhérent devra en faire la demande au moins TROIS MOIS avant son 70^e anniversaire.

Dans cette hypothèse, le revenu de référence ne pourra être supérieur à celui existant au moment de la demande de l'adhérent, et le pourcentage retenu ne pourra être supérieur à 300% du revenu de référence.

La garantie est ensuite tacitement reconduite d'année en année et au plus tard jusqu'au 31 décembre qui suit le 75^e anniversaire de l'adhérent.

En cas de dénonciation avant l'âge de 75 ans, cette dernière devra être effectuée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée au moins deux mois avant la date de renouvellement.

ARTICLE 4 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

La garantie ne couvre pas le décès résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- **guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,**
- **de la désintégration du noyau atomique,**
- **du suicide survenant dans la PREMIÈRE ANNÉE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.**

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30%, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.



GARANTIE DÉCÈS - DOUBLE EFFET

Cette garantie est souscrite conjointement avec la garantie décès toutes causes.

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès du conjoint, du partenaire ou du concubin, tel que défini au Livre Ier du Code civil, avant son 70^e anniversaire et après le décès de l'adhérent, un capital est versé aux enfants que l'adhérent avait à sa charge, tel que défini dans le lexique, et qui sont encore à la charge du conjoint, du partenaire ou du concubin à son décès.

Ce capital est égal au capital décès versé au décès de l'adhérent.

En cas de décès simultané de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, le capital est versé dans les mêmes conditions. Si les conjoints, partenaires ou concubins, sont l'un et l'autre assurés par la présente convention alors le capital versé sera égal au capital le plus élevé.

Est considéré comme décès simultané à celui de l'adhérent, le décès du conjoint, partenaire ou concubin survenant au cours du même événement :

- sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- ou lorsque le décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin survient dans un délai de 24 heures avant le décès de l'adhérent.

La garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

ARTICLE 2 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

La garantie ne couvre pas le décès résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la PREMIÈRE ANNÉE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30%, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.



GARANTIE INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Cette garantie est souscrite conjointement avec la garantie décès toutes causes.

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur règle par anticipation à l'adhérent le capital garanti en cas de décès.

Ce règlement met fin à l'adhésion.

ARTICLE 2 - DÉFINITION DU RISQUE

Est considéré en invalidité absolue et définitive, l'adhérent dont l'état de santé justifie une invalidité fonctionnelle le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une quelconque activité lucrative et l'obligeant en outre à avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir et se déplacer).

ARTICLE 3 - TERME DE LA GARANTIE

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 4 de la partie ADHÉSION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent.

ARTICLE 4 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

La garantie ne couvre pas l'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la **PREMIÈRE ANNÉE** de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30%, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.



GARANTIE EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

Cette garantie est souscrite conjointement avec la garantie décès toutes causes.

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité telle que définie à l'article 2 ci-dessous, l'assureur dispense l'adhérent du paiement des cotisations relatives à l'ensemble des garanties à partir du 91^e jour d'arrêt de travail jusqu'à la cessation de l'incapacité ou jusqu'à la consolidation de l'état de santé de l'adhérent et pendant un maximum de 3 ans à compter du premier jour d'incapacité. Cette prestation cesse au moment de la liquidation de la retraite et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

S'il est établi que l'adhérent a repris ou peut reprendre une activité quelconque rémunérée ou rémunératrice, la prestation est suspendue.

Il est précisé que l'état de grossesse -qu'il soit normal ou pathologique- l'accouchement et ses complications éventuelles ne sont couverts que sous déduction d'une période équivalente à celle du congé légal de maternité des salariées, prévu par l'Article L 331-3 du code de la Sécurité sociale.

Pendant toute la durée de l'incapacité, les garanties sont maintenues en fonction du revenu de référence et du pourcentage en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail.

En cas d'invalidité, le bénéfice de la garantie exonération du paiement des cotisations sera alors étudié, dans les conditions définies à l'article 4 ci-dessous.

ARTICLE 2 - DÉFINITION DU RISQUE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Est considéré en incapacité temporaire, l'adhérent dont l'état de santé oblige à suspendre totalement l'exercice de ses activités professionnelles pendant une période ininterrompue supérieure à 90 jours.

L'incapacité temporaire de travail cesse dès la consolidation de l'état de santé de l'adhérent.

ARTICLE 3 - RECHUTE

Si un nouvel arrêt de travail dû à la même affection (ceci devant être justifié par un certificat médical) intervient dans les 60 jours suivant la reprise d'activité et sous réserve que l'adhésion soit en vigueur, l'assureur reprend le service des prestations dès le premier jour de la nouvelle période d'incapacité.

Par contre, en cas de reprise d'activité de plus de 60 jours, l'adhérent est considéré comme victime d'une nouvelle affection et ne pourra bénéficier des dispositions reprises à l'alinéa précédent.

ARTICLE 4 - CONSOLIDATION EN INVALIDITÉ

L'assureur dispense l'adhérent du paiement des cotisations relatives à l'ensemble des garanties, lorsque l'état de l'adhérent est consolidé et qu'il en résulte une invalidité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 66%, et ce, jusqu'à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi par le médecin mandaté par l'assureur. Il est apprécié selon le barème de droit commun du Concours Médical et en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale de l'adhérent.

Le capital décès maintenu est revalorisé le 1^{er} juillet de chaque année, dans la limite du Fonds de Revalorisation, en fonction des variations du point de retraite AGIRC ARRCO entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 1^{er} juillet de chaque année.

Si la garantie de ressources en cas d'invalidité est souscrite, la prise en charge des cotisations est régie par cette garantie.

ARTICLE 5 - TERME DE LA GARANTIE

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 4 de la partie ADHÉSION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent pour l'incapacité temporaire de travail,
- qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent pour l'invalidité permanente.



ARTICLE 6 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

La garantie ne couvre pas l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité permanente résultant :

- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,
- des conséquences pathologiques ou accidentelles de l'éthylisme (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou de l'usage de stupéfiants,
- d'un arrêt de travail prescrit pour suivre des cures de toute nature comme les cures : thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,
- les interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire).

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30%, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.



GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutif à un accident tel que défini ci-dessus, une prestation supplémentaire à la garantie décès toutes causes, dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

ARTICLE 2 - DÉFINITION DU RISQUE

Le risque garanti est le décès ou l'invalidité absolue et définitive consécutive à un accident, ce dernier étant défini comme une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Ainsi ne seront notamment pas considérés comme accidentels, et donc non couverts par l'assurance :

- le décès consécutif à un suicide, conscient ou inconscient,
- l'accident en rapport direct ou indirect avec un état pathologique préexistant de l'adhérent,
- l'accident provoqué ou favorisé par un état d'alcoolémie (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou par l'usage de stupéfiants.

En tout état de cause, la preuve du lien direct de causalité entre l'accident et le décès ou l'invalidité totale incombe au bénéficiaire de la garantie.

ARTICLE 3 - TERME DE LA GARANTIE

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 4 de la partie ADHÉSION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent en cas de décès,
- qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent en cas d'invalidité absolue et définitive.

ARTICLE 4 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

La garantie ne couvre pas le décès ou l'IAD résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la PREMIÈRE ANNÉE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.

La garantie ne couvre pas :

- le décès ou l'IAD survenu après un délai de 18 mois à compter du jour de l'accident,
- le décès ou l'IAD résultant d'un accident survenu antérieurement à la prise d'effet du contrat,
- le décès ou l'IAD constaté après la date de cessation de la garantie,
- l'accident survenant à la suite d'une participation à un crime, à une rixe ou un délit,
- le décès ou l'IAD résultant de la pratique, même en qualité d'amateur, des activités sportives exclues ou avec un abattement de prestations définis dans le tableau en annexe sauf acceptation expresse de l'assureur.

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30%, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.



GARANTIE RENTE ÉDUCATION

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent, chaque enfant à sa charge au jour du sinistre, bénéficie d'une rente éducation.

On entend par enfant à charge:

- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, c'est-à-dire les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs ou recueillis âgés de moins de 18 ans, ou âgés de moins de 25 ans sous réserve qu'ils poursuivent effectivement leurs études à temps plein, qu'ils n'exercent aucune activité rémunérée et qu'ils soient effectivement à la charge de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin au sens fiscal ;
- les enfants de l'adhérent, non confiés à sa garde mais pour lesquels il est judiciairement tenu au versement d'une pension alimentaire, sous réserve des mêmes conditions d'âge et d'activité que ci-dessus ;
- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, quel que soit leur âge, tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile. Dans ce cas, une pièce justifiant de cet état devra être produite.

Le montant de la rente versé est fonction de la base de garantie indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants et de l'âge de l'enfant à chaque date du versement de la rente :

- **1^{er} palier :**
100 % de la base de garantie lorsque le bénéficiaire est âgé de 0 à 11 ans révolus,
- **2^e palier :**
150 % de la base de garantie lorsque le bénéficiaire est âgé de 12 à 17 ans révolus,
- **3^e palier :**
200 % de la base de garantie lorsque le bénéficiaire est âgé de 18 à 25 ans.

Le changement de palier est effectué en fonction de l'âge atteint au moment du paiement de chaque échéance de rente.

La rente est payable trimestriellement et à terme échu jusqu'au 18^e anniversaire de chaque bénéficiaire ou au plus tard jusqu'au 25^e anniversaire en cas de poursuite effective d'études à temps plein.

En tout état de cause, le cumul des rentes versées à une même famille, ne peut excéder le revenu de référence à la date du sinistre.

La rente éducation est versée au représentant légal des enfants, ou s'ils sont majeurs, à eux-mêmes.

ARTICLE 2 - REVALORISATION

La rente éducation est revalorisée dans la limite du Fonds de revalorisation, en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC ARRCO entre la date du sinistre ouvrant droit à la rente éducation et la date de renouvellement annuel de la garantie, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 du paragraphe Cotisations du contrat et prestations de la partie VIE DU CONTRAT.

ARTICLE 3 - TERME DE LA GARANTIE

La garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent en cas de décès,
- qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent en cas de l'AD.



ARTICLE 4 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

La garantie ne couvre pas le décès ou de l'IAD résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la **PREMIÈRE ANNÉE** de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.



GARANTIE EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

Dès que le diagnostic de l'une des maladies redoutées, définies ci-après, est posé et qu'il a été reconnu par l'assureur du vivant de l'adhérent, ou dès que la greffe d'organe a été réalisée, l'assureur verse un capital dont le montant indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants est déterminé en fonction du pourcentage du revenu de référence.

Par diagnostic, on entend la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Le versement du capital met fin à la présente garantie.

ARTICLE 2 - DÉFINITION DU RISQUE

Par Maladie Redoutée, on entend l'une des sept maladies définies comme suit :

1. INFARCTUS DU MYOCARDE

Nécrose récente d'une partie du muscle cardiaque du fait de l'interruption soudaine de l'irrigation sanguine de la région concernée.

Pour que le diagnostic soit porté, 3 critères parmi les 4 suivants devront être réunis:

1. Douleur thoracique typique ayant nécessité un avis médical,
2. Modifications électrocardiographiques récentes prouvant la nécrose,
3. Elévation significative des **enzymes** cardiaques,
4. Constatation d'une occlusion d'un tronc coronaire.

2. CHIRURGIE DES ARTÈRES CORONAIRES

Intervention à thorax ouvert destinée à traiter, à l'aide d'un ou plusieurs **greffons**, la **sténose** ou la **thrombose** d'une ou plusieurs artères coronaires.

3. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Affection cérébrovasculaire récente, provoquant des signes neurologiques déficitaires, persistants au-delà de 90 jours.

On considère comme affection cérébrovasculaire les **nécroses** du tissu cérébral ou les hémorragies des vaisseaux intracrâniens.

Les affections post-traumatiques sont exclues de la garantie.

4. INSUFFISANCE RÉNALE IRRÉVERSIBLE

Atteinte rénale due à une insuffisance chronique irréversible de la fonction des deux reins entraînant l'obligation de se soumettre régulièrement à une **dialyse**.

5. TRANSPLANTATION D'ORGANE

Le receveur sera couvert en cas de greffe d'organe d'origine humaine, du cœur, cœur - poumon, foie, rein, pancréas et moelle osseuse.

6. CANCER

Maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique incontrôlée responsable d'une tumeur maligne avec propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Les cancers in situ, les lésions pré-cancéreuses et les tumeurs malignes non invasives ne sont pas couverts.

Sont exclus de la garantie :

- la tumeur maligne de la prostate stade T1a et T1b (selon la classification TNM),
- le mélanome malin d'épaisseur inférieure à 1,5 mm selon l'indice de Breslow,
- les carcinomes baso-cellulaires et les carcinomes spino-cellulaires non métastasés,
- les tumeurs malignes consécutives à une infection par l'un des virus de l'immunodéficience humaine.

7. LA MALADIE D'ALZHEIMER ET FORMES ÉQUIVALENTES

Altération progressive des facultés intellectuelles liée à une maladie dégénérative organique irréversible du cerveau, confirmée après examen clinique et tests **psychométriques**, et imposant de façon définitive le recours à l'aide d'une tierce personne.

Les démences résultant de l'abus d'alcool ou de drogues psychoactives, ainsi que celles secondaires à l'infection par un des virus de l'immunodéficience acquise, sont exclues.



LEXIQUE

Carcinome baso-cellulaire

Tumeur maligne des cellules de la couche profonde de l'épiderme.

Carcinome spino-cellulaire

Tumeur maligne des cellules du corps muqueux de la peau et des muqueuses.

Dialyse

Procédé d'épuration extrarénale permettant d'extraire les déchets toxiques accumulés dans le sang.

Enzyme

Substance de nature protéinique qui active une réaction chimique organique définie.

Greffon

Partie du tissu ou d'un organe transplanté.

In Situ

Qui est localisé, sans extension locale ou à distance.

Indice de Breslow

Indice utilisé dans la classification des mélanomes selon l'invasion dans le derme.

Mélanome malin

Tumeur cutanée de grande malignité, souvent pigmentée.

Nécrose

Arrêt définitif des processus vitaux dans une cellule, un groupe cellulaire ou un tissu ; mortification.

Psychoactive

Qui agit sur le psychisme.

Psychométrie

Qui a pour but l'appréciation et la notation chiffrée des capacités intellectuelles.

Stade T1a, T1b

Niveau d'extension dans le cadre du cancer de la prostate correspondant à des tumeurs non palpables, non visibles.

Sténose

Rétrécissement d'un canal ou d'un orifice organique.

Thrombose

Formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin, une artère ou dans une des cavités du cœur.

TNM

Classification décrivant l'extension anatomique de la tumeur.

Virus de l'immunodéficience acquise

Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ou Syndrome Immuno Déficitaire Acquis (SIDA).

ARTICLE 3 - DÉCLARATION DE LA MALADIE REDOUTÉE

La survenance de la Maladie Redoutée doit faire l'objet d'une déclaration écrite à l'assureur **dans les trois mois** de la date de sa constatation. Elle doit comporter un certificat médical établi par un médecin spécialiste posant le diagnostic précis et détaillé de la maladie, décrivant son historique et mentionnant la date des premiers symptômes.

L'assureur se réserve la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires.



ARTICLE 4 - TERME DE LA GARANTIE

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 4 de la partie ADHÉSION AU CONTRAT, La garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 60^e anniversaire de l'adhérent.

ARTICLE 5 - EXCLUSION ET DÉLAIS DE CARENCE

Dans le cadre de cette garantie, la date des premiers symptômes de la Maladie Redoutée ou pour la greffe d'organe de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 6 mois après la date d'effet de la présente garantie pour ouvrir droit au versement du capital.



VIE DU CONTRAT



COTISATIONS DU CONTRAT ET PRESTATIONS

ARTICLE 1 - DÉTERMINATION DU REVENU DE RÉFÉRENCE

Le revenu de référence correspond à la moyenne du bénéfice professionnel de l'adhérent des deux derniers exercices pour les travailleurs non-salariés (TNS).

A cet égard, seuls sont pris en compte, les revenus du travail issus de l'exercice d'une activité professionnelle effective; les revenus du capital (notamment dividendes...) ainsi que les frais généraux étant expressément exclus du revenu de référence.

Pour chaque garantie l'adhérent choisit un pourcentage appliqué au revenu de référence déterminant la prestation qu'il désire obtenir.

Pour les garanties de ressources en cas d'invalidité ou d'incapacité, le pourcentage retenu ne peut en aucun cas être supérieur à 100% et en tout état de cause, devra être fixé compte tenu du montant des prestations versées par le régime de base de l'adhérent.

Si le revenu de référence de l'adhérent évolue en cours de vie du contrat, il sera nécessaire de déclarer cette modification à l'assureur pour ajuster au mieux les garanties du contrat.

Augmentation du revenu de référence ou du pourcentage qui s'y applique :

L'adhérent, s'il n'est pas en arrêt de travail ou en invalidité, peut demander l'adjonction d'une garantie sous réserve qu'il se soumette aux formalités médicales requises. La demande doit parvenir à l'assureur dans les deux premiers mois d'un trimestre civil pour prendre effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation par l'assureur. Passé ce délai, la date d'effet sera différée d'un trimestre civil.

La modification n'est acceptée qu'après examen par l'assureur des pièces médicales requises et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes. L'assureur peut demander des examens complémentaires auxquels l'adhérent devra se soumettre, les frais étant à la charge de l'assureur.

Toutefois, pour les garanties : DÉCÈS (TOUTES CAUSES), DÉCÈS - DOUBLE EFFET, INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE ET EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS, l'adhérent est dispensé de ces formalités médicales si les conditions suivantes sont réunies :

- l'augmentation doit être motivée par un accroissement de ses charges de famille,
- elle doit être limitée à un plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date de la demande,
- la demande de modification doit être présentée dans un délai de TROIS MOIS à partir de l'évènement qui a entraîné l'accroissement des charges de famille.

Un avenant est établi par l'assureur.

Les exclusions et les délais de carence déterminés pour chaque garantie s'appliquent à compter de la date d'effet de l'avenant pour le montant des prestations supplémentaires auxquelles est tenu l'assureur.

On entend par Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) à une date donnée, 12 fois le plafond mensuel en vigueur à cette date.

ARTICLE 2 - MODIFICATION DES GARANTIES

1. Adjonction de garanties

L'adhérent, s'il n'est pas en arrêt de travail ou en invalidité, peut demander l'adjonction d'une garantie sous réserve qu'il se soumette aux formalités médicales requises. La demande doit parvenir à l'assureur dans les deux premiers mois d'un trimestre civil pour prendre effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation par l'assureur. Passé ce délai, la date d'effet sera différée d'un trimestre civil.

Un avenant est établi par l'assureur.

Les exclusions et les délais de carence déterminés pour chaque garantie s'appliquent à compter de la date d'effet de l'avenant pour le montant des prestations supplémentaires auxquelles est tenu l'assureur.

2. Suppression ou réduction de garanties

L'adhérent peut demander la suppression ou la réduction d'une garantie. La demande doit parvenir à l'assureur dans les deux premiers mois d'un trimestre civil pour prendre effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation par l'assureur. Passé ce délai, la date d'effet sera différée d'un trimestre civil.

Un avenant est établi par l'assureur.



ARTICLE 3 - DÉPLACEMENT HORS DU TERRITOIRE FRANÇAIS

1. En cas de sinistre survenant au cours de voyages ou de séjours dans un état membre de l'Union Européenne

Seront agréés par l'assureur les certificats émanant de médecins accrédités auprès de l'Ambassade de France ou d'un Consulat Français dans les pays de résidence.

2. En cas de sinistre survenant au cours de voyages ou de séjours hors de France métropolitaine, de ses départements et collectivités d'outre-mer ou d'un état membre de l'Union Européenne

Les prestations seront dues si l'adhérent est rapatrié dans l'un des territoires ci-dessus sur le territoire de la France Métropolitaine, ou sur le territoire de l'un de ses départements ou collectivités d'outre-mer, dans les 6 mois suivant le 1^{er} jour de son arrêt de travail. Le sinistre ouvrant droit aux prestations est considéré comme ayant pris naissance à la date où il aura été constaté après ce retour. Au-delà des 6 mois, le sinistre ne sera pas garanti.

ARTICLE 4 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations s'obtient pour chaque garantie, en multipliant l'assiette par le taux.

1. Assiette

Pour chaque garantie, l'assiette de cotisation est indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants et évolue en fonction du PASS.

Pour chaque garantie, l'assiette des cotisations est constituée par un pourcentage appliqué au revenu de référence.

2. Taux

Pour chaque garantie, le taux de cotisation est indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants et évolue au 1^{er} janvier de chaque année.

Pour les garanties Décès toutes causes – Décès accident – Rente éducation – Incapacité temporaire de travail – Invalidité permanente, il dépend de la profession de l'adhérent.

Pour les garanties Rente de conjoint et Maladie redoutée, il dépend de l'âge de l'adhérent et de sa profession. L'âge se détermine par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance.

Le taux de cotisation peut être révisé par l'assureur en fonction de ses résultats. Cette modification du taux de cotisation doit être établie d'un commun accord entre AMPHITÉA et La Mondiale. Toute modification de taux est notifiée à l'adhérent au moins trois mois avant la date de renouvellement de ses garanties pour pouvoir prendre effet à cette date. Dans cette hypothèse, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la notification.

3. Versement

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, dans un délai de 15 jours à compter de leur échéance.

En cas de non-paiement au terme de ce délai, l'assureur adresse une mise en demeure à l'adhérent, conformément à l'Article L 113-3 du Code des assurances. Si la cotisation n'a pas été acquittée dans les 30 jours suivant cet envoi, les garanties sont de plein droit suspendues et peuvent être résiliées par l'assureur à compter du 41^e jour.

ARTICLE 5 - DÉTERMINATION DES PRESTATIONS

Pour chaque garantie les prestations sont déterminées en fonction du revenu de référence et du pourcentage choisi par l'adhérent qui sont indiqués au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.



ARTICLE 6 - REVALORISATION DES PRESTATIONS DUES EN CAS DE DÉCÈS

Revalorisation prévue à l'article L132-5 du code des assurances jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations :

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement (cf le paragraphe DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT - ARTICLE 2 déclarations des sinistres) et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations (cf article 7 « Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) »), suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par La Mondiale des pièces justificatives (cf le paragraphe DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT - ARTICLE 2 déclarations des sinistres), il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non renouvellement du contrat.

Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) :

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par La Mondiale à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par La Mondiale du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent paragraphe, la date de connaissance du décès par La Mondiale correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

ARTICLE 7 - CAS DES PRESTATIONS N'AYANT PAS FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT PAR LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S)

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par LA MONDIALE à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par LA MONDIALE du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent paragraphe, la date de connaissance du décès par LA MONDIALE correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.



DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT

ARTICLE 1 - MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ADHÉRENT

Toute modification touchant :

- soit à de nouvelles conditions d'exercice de la profession indiquée sur la demande d'adhésion et figurant au certificat d'adhésion,
- soit à la perte du statut de gérant majoritaire,
- soit à un changement de situation au regard de son régime de prévoyance obligatoire,
- soit à la pratique d'une nouvelle profession ou à la cessation d'activité,
- soit à une installation hors de France métropolitaine, de ses départements et collectivités d'outre-mer,
- soit à la présentation de nouveaux risques, conformément à l'Article L 113-4 du Code des assurances,
- soit à un changement de domicile,
- soit à la rémunération,

doit être déclarée dans un délai de 15 jours à l'assureur par lettre recommandée, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

Lorsque cette modification constitue une aggravation du risque telle que si cet état avait existé lors de la souscription, l'assureur ne l'aurait accepté que moyennant une majoration des cotisations, de nouvelles conditions de garanties sont alors fixées par avenant.



ARTICLE 2 - DÉCLARATIONS DES SINISTRES

L'adhérent ou les bénéficiaires doivent remettre à l'assureur toutes les pièces justificatives dans les délais requis.

1. En cas de décès

Lors du décès de l'adhérent, doivent être transmis dans les plus brefs délais tout ou partie des documents ci-dessous, suivant la demande de l'assureur :

- l'acte de décès original ;
- l'acte de notoriété établi par le notaire ;
- le livret de famille du défunt ;
- le formulaire d'acceptation du bénéfice du contrat et d'identification de la personne physique, transmis par l'assureur, pour chaque bénéficiaire ;
- la copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité pour chaque bénéficiaire. Si toutefois ces pièces n'avaient pas été renouvelées, en complément, une copie du permis de conduire ;
- le certificat médical post mortem, transmis à l'assureur, à retourner complété par le Médecin traitant sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe dédiée ;
- la copie du dernier avis d'imposition du défunt (imprimé cerfa) ;
- un relevé d'identité bancaire pour chaque bénéficiaire ;
- si le défunt avait des enfants scolarisés et fiscalement à charge :
 - un certificat de scolarité actualisé ;
 - une attestation sur l'honneur de l'enfant majeur précisant ne pas percevoir de revenus ou attestant le montant de ses revenus ;
- si le défunt avait des enfants infirmes à charge : la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé ;
- en complément pour chaque bénéficiaire sous tutelle (tutelle ou curatelle) :
 - la copie du jugement prononçant la tutelle et désignant le tuteur ;
 - le formulaire d'acceptation du bénéfice du contrat, transmis par l'assureur, signé par le tuteur ;
 - une copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité, du tuteur. Si toutefois ces pièces n'avaient pas été renouvelées, en complément, une copie du permis de conduire ;
- en complément pour chaque bénéficiaire mineur :
 - une attestation du(es) parent(s) selon laquelle il(s) exerce(nt) pleinement l'autorité parentale sans restriction à l'égard de l'enfant mineur ;
 - le formulaire d'acceptation du bénéfice du contrat, transmis par l'assureur, signé par le(s) représentant(s) légal(aux) ;
 - une copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité, du(es) représentant(s) légal(aux). Si toutefois ces pièces n'avaient pas été renouvelées, en complément, une copie du permis de conduire ;
- en complément pour le(s) bénéficiaire(s) résidant à l'étranger
 - une attestation sur l'honneur confirmant que le bénéficiaire n'est pas résident français au titre de l'article 4B du Code général des impôts ;
 - la copie du dernier avis d'imposition du(es) bénéficiaire(s) afin de déterminer l'éventuelle fiscalité à appliquer ;
- afin de remplir nos obligations légales auprès de l'administration fiscale, l'attestation sur l'honneur, transmise par l'assureur, établie en application de l'article 990I du Code général des impôts en raison des versements effectués par le défunt postérieurement au 13 octobre 1998. Une notice explicative est jointe à l'attestation afin d'aider le(s) bénéficiaire(s) à la compléter. Si le conjoint du défunt est bénéficiaire du contrat, la fiscalité de l'article 990I du Code général des impôts ne s'applique pas, conformément à la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 art 8 XIV du Journal officiel du 22 août 2007.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

2. En cas d'invalidité

A compter de la date de consolidation de son état de santé et au plus tard dans un délai de 3 mois, l'adhérent doit remettre à l'assureur un certificat médical circonstancié du médecin traitant apportant toutes les précisions nécessaires sur l'origine et la nature de l'affection invalidante.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

Si la déclaration est faite après la fin du 3^e mois, et sauf cas de force majeure le sinistre n'est pas garanti.



3. En cas d'incapacité Temporaire de Travail

La déclaration doit comporter :

- un certificat délivré par le médecin traitant, précisant la nature et l'origine de l'affection ainsi que la date du premier jour d'arrêt de travail et sa durée probable,
- tout document émanant du régime d'assurance obligatoire et justifiant de l'indemnisation correspondante.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

Si l'incapacité se poursuit sans interruption, l'adhérent devra fournir chaque mois, à compter de la première déclaration d'incapacité, **un certificat médical justifiant la continuité de son état d'incapacité temporaire de travail.**

À défaut d'avoir fourni ces différents justificatifs, l'adhérent sera considéré comme n'étant plus en incapacité temporaire de travail.

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration à l'assureur dans le délai maximum de la franchise retenue.

Si la déclaration est faite au-delà du terme de la franchise applicable, le nombre de jours de retard reculera, d'une durée égale, la date de prise en charge du sinistre par l'assureur, si un préjudice est établi.

L'adhérent doit également aviser l'assureur de la date à laquelle aura cessé son incapacité.

4. Déclaration complémentaire en cas d'accident

En cas de décès accidentel, afin d'étudier les droits à la garantie complémentaire, la preuve du caractère accidentel du décès incombe au(x) bénéficiaire(s) qui devra(ont) fournir :

- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou à défaut, ses éléments d'identification (numéro du procès-verbal, brigade de gendarmerie ou commissariat ayant établi le document).

ainsi que tout élément d'information sur les circonstances du décès (article de presse par exemple).

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

5. Expertise médicale

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

i. Expertise contradictoire :

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin.

ii. Compromis d'arbitrage :

Si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

ARTICLE 3 - CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ADHÉRENT

L'adhérent doit immédiatement déclarer à l'assureur, **SOUS PEINE D'ETRE DÉCHU DE SON DROIT AUX PRESTATIONS**, toute reprise -même partielle- d'activité professionnelle.

L'assureur peut effectuer, à tout moment, les contrôles qu'il jugera nécessaires auprès de l'adhérent afin de pouvoir constater la réalité de son état.

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, LE REFUS DU LIBRE ACCÈS AUPRÈS DE L'ADHÉRENT DES MÉDECINS ET DES DELEGUÉS DE L'ASSUREUR ENTRAÎNE LA SUSPENSION DE LA GARANTIE.



DISPOSITIONS LÉGALES

ARTICLE 1 - PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les Articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'Adhérent contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

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

Article L. 114-3 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 visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

Article 2246 du Code civil

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



ARTICLE 2 - RÉCLAMATIONS - CONCILIATION

Pour toute réclamation relative à son adhésion, l'adhérent peut s'adresser au Centre de relation clients : 0 970 808 808 (numéro non surtaxé) du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h30.

Si la difficulté n'a pu être réglée, le Département des relations commerciales 32, avenue Émile Zola - Mons-en-Baroeul 59896 Lille Cedex 9, est à la disposition de l'adhérent, pour lui apporter une réponse dans les meilleurs délais.

En cas de désaccord avec la réponse donnée, l'adhérent pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, faire appel au conciliateur d'AG2R LA MONDIALE en lui adressant un courrier expliquant l'objet de son désaccord à l'adresse suivante : Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE - 32, avenue Émile Zola - Mons-en-Baroeul 59896 Lille Cedex 9.

Si le différend persistait après la réponse donnée par le conciliateur, l'adhérent pourrait, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les modalités de recours à la Médiation de l'Assurance sont disponibles sur le site internet : <http://www.mediation-assurance.org> ou auprès du conciliateur sur simple demande.

Ces recours sont gratuits.

ARTICLE 3 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre du Groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de votre organisme d'assurance, de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de votre organisme d'assurance, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.



Votre organisme d'assurance peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, l'organisme d'assurance ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret Cedex, ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.**

Votre organisme d'assurance apporte la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :
<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles> »

ARTICLE 4 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de LA MONDIALE est :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 5 - DÉLAI ET MODALITÉS DE RENONCIATION

L'assuré peut renoncer à son engagement dans un délai de 30 jours à compter de son adhésion au contrat conformément au 1^{er} alinéa de l'article L 112-9(1) du Code des assurances.

La réception du certificat d'adhésion vaudra information de l'adhésion.

L'assuré récupère le montant de l'acompte versé.



Pour exercer ce droit, il suffit de recopier le modèle ci-dessous sur papier libre, le dater et le signer avant de le retourner à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception :

Monsieur le directeur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître, qu'usant de la faculté de renonciation, je souhaite donner fin à la demande d'adhésion que j'ai signée le

Je demande de ce fait le remboursement de l'acompte que j'ai versé dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre.

Fait à _____ le _____

Signature



ANNEXES



ABATTEMENT DE PRESTATIONS ET EXCLUSIONS LIEES A LA PRATIQUE DU SPORT

Les garanties :

- Décès (toutes causes),
- Double effet,
- Invalidité Absolue et Définitive,
- Exonération du paiement des cotisations,

sont couvertes avec un abattement de 30% ou sont exclues en cas de pratique d'un des sports mentionnés ci-après, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Pratique du sport	Hors compétition	En compétition
<u>Sports de combat</u>		
Boxe américaine, boxe française, boxe japonaise, viet vo dao, kick boxing et Krav Maga.	Abattement de prestations de 30%.	
Boxe anglaise, boxe arabe, boxe thaï.	Exclus	
<u>Sports aériens ou aéronautiques à moteur</u>		
Sports aériens dans le cadre de vol à voile, deltaplane, U.L.M, aérostat, parapente, paramoteur, parachute ascensionnel, parachute à ouverture automatique.	Abattement de prestations de 30%.	Exclus
Acrobatie, voltige, raid, vol d'essai ou vol sur prototype, vol autogire, tentative de record, parachutisme en chute libre, base jump ou saut à l'élastique, sky surf. La pratique de la navigation aérienne à bord d'un appareil, non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et /ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être adhérent lui-même.		Exclus
<u>Sports équestres</u>		
Course d'obstacles ou cross.	Abattement de prestations de 30%.	Exclus
La pratique du concours complet, des courses de plat et de trot. La pratique du horse ball, du polo, du marathon, de l'équirando, des raids et de l'endurance.	Abattement de prestations de 30%.	
La voltige équestre, le rodéo , la tauromachie.	Exclus	
<u>Sports d'hiver, escalade, alpinisme</u>		
La pratique du bobsleigh, hockey sur glace, ski alpin ou snow-board hors-pistes balisées, saut à ski, kilomètre lancé , spéléologie (sans plongée), via ferrata. La pratique de l'escalade ou varappe avec sécurité sur mur, paroi, falaise, ou surface de glace. La pratique en deçà de 3000 mètres de l'alpinisme et du ski de randonnée.	Abattement de prestations de 30%.	
La pratique du ski extrême ou acrobatique ou free style ou ski bob, du skeleton, de la luge (y compris essais), du ski alpin sur piste en compétition, des raids. La pratique au-delà de 3000 mètres de la randonnée, de l'escalade, des expéditions, de l'alpinisme, du ski de randonnée.		Exclus



<u>Sports d'eau et/ou de voile</u>	
Le jet ski, surf, ski nautique, planche à voile / windsurf, speed sail, char à voile, kite surf, canyoning, rafting, nage en eau vive, pêche au gros.	Abattement de prestations de 30%.
La plongée sous-marine, avec bouteille, d'une profondeur supérieure à 40 mètres. La plongée en apnée supérieure à 20 mètres, la navigation maritime à voile au sens de la législation française au-delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, offshore / inshore, les courses de bateaux, hydroglisseurs / aéroglisseurs.	Exclus
La pratique de tout sport à titre professionnel	Exclus
<u>Activités sportives terrestres nécessitant l'utilisation d'un appareil à moteur</u>	
Toutes les activités (y compris en entraînement), dès lors qu'elles ne sont pas mentionnées aux exclusions ci-dessous.	Abattement de prestations de 30%.
Les courses sur circuit ou pistes (record, vitesse), courses de côte, rallyes, raid tout terrain.	Exclus
<u>Autres activités sportives</u>	
La spéléologie sous-marine, le zorbing, le safari, le Vélo Tout Terrain de descente.	Exclus
Le rugby, le football Américain	Exclus
La pratique de tout sport à titre professionnel	Exclus



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

—
Prévoyance
protection
individuelle

GARANTIES D'ASSISTANCE

N° de protocole : 922 232

GARANTIES D'ASSISTANCE

N° DE PROTOCOLE : 922 232

BESOIN D'ASSISTANCE ?

Contactez-nous (24/24)

Depuis la France au **01.40.25.52.16**

Depuis l'étranger au **+33 1 40 25 52 16**

Accessibles 24h/24 et 7j/7

sauf mention contraire dans la convention

Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit : **922 232**,
- 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 (ci-après dénommée «convention d'assistance») souscrite par La Mondiale auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660,00 €

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»

1 ÉVÉNEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des prestations d'assistance de la convention d'assistance varient selon les prestations :

- Les prestations décrites aux **Articles 5.1.1 « INFORMATIONS - CONSEILS - RÉSEAUX DE SERVICES A DOMICILE »** et **5.4.1 « ASSISTANCE DES LA SOUSCRIPTION »** peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information, dans le cadre précisé pour chacune d'elles.
- Les prestations décrites à l'**Article 5.1.2 « ASSISTANCE EN CAS D'INCAPACITÉ DE 6 MOIS OU PLUS »** sont délivrées en cas de survenance d'une incapacité du bénéficiaire.
- Les prestations décrites à l'**Article 5.2 « ASSISTANCE EN CAS D'INVALIDITÉ »** sont délivrées en cas de survenance d'une invalidité du bénéficiaire.
- Les prestations décrites à l'**Article 5.3 « ASSISTANCE VOYAGE »** sont délivrées, en cas de survenance, lors d'un déplacement du bénéficiaire, d'un des événements suivants :
 - accident
 - maladie
- Les prestations décrites aux **Articles 5.4.2 « ASSISTANCE AU MOMENT DU DÉCÈS »** et **5.4.3 « ASSISTANCE APRÈS LES OBSÈQUES »** sont délivrées en cas de décès du bénéficiaire.

Les prestations « **Compléments pour personnes voyageant avec le bénéficiaire décédé** » de l'Article 5.4.2 sont délivrées uniquement en cas de décès du bénéficiaire au cours d'un voyage, lorsque les personnes l'accompagnant ne peuvent pas rentrer à leur domicile par les moyens initialement prévus. **Les personnes l'accompagnant doivent résider sur le territoire où se situe le domicile du bénéficiaire.**

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

2 RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

1. ASSISTANCE EN CAS D'INCAPACITÉ

Informations - conseils - réseaux de services a domicile

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
Téléconseil santé	Illimité	Utilisables à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service.
Conseil social	Illimité	
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimité	Prestations rendues par téléphone exclusivement

Incapacité de 6 mois ou plus

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Bilan personnel et professionnel	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	Les prestations doivent être activées dans les 24 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour invalidité. Prestations limitées à une durée maximum de 12 mois.
1. Aide au retour à l'emploi OU 2. Accompagnement à la création ou la reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle	1. Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance. 2. Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance et 10h maximum de consultation organisée par Mondial Assistance auprès d'un cabinet prestataire.	
Entretiens de suivi et de coaching	Entretiens de suivi et de coaching	

2. ASSISTANCE INVALIDITÉ

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Bilan personnel et professionnel	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	Les prestations doivent être activées dans les 24 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour invalidité. Prestations limitées à une durée maximum de 12 mois.
1. Aide au retour à l'emploi OU 2. Accompagnement à la création ou la reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle	1. Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance. 2. Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance et 10h maximum de consultation organisée par Mondial Assistance auprès d'un cabinet prestataire.	
Entretiens de suivi et de coaching	Entretiens de suivi et de coaching	
COMPLEMENT EN CAS DE SEQUELLES HANDICAPANTES		
Accompagnement social	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Bilan de vie, et plan d'aide sont réalisés une seule fois par événement garanti.
Assistance à l'aménagement du domicile	Illimité	L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par événement garanti. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du bénéficiaire.
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.
Visites de maisons d'accueil	60 € TTC maximum par visite	Limité à 3 visites d'établissements par événement garanti.

Aides aux démarches administratives pour le déménagement	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Aide au déménagement	Mise en relation sans prise en charge avec un déménageur ou un loueur de véhicules utilitaires	Le coût des éventuels déménagement ou location de véhicule reste à la charge du bénéficiaire.
Présence d'un proche pour l'installation en établissement spécialisé	- transport aller/retour : frais réels. - frais d'hébergement : 60 € TTC par nuit dans la limite de 2 nuits.	Prestation mise en place une seule fois par événement garanti.

3. ASSISTANCE VOYAGE A PLUS DE 50KM DU DOMICILE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DU BENEFICIAIRE		
Rapatriement ou transport sanitaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance.
Prestation destinée au proche : 1. prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du bénéficiaire OU 2. Transfert d'un proche au chevet du bénéficiaire.	1. • Coût du transport retour. • frais d'hébergement : 50 € TTC par nuit dans la limite de 10 nuits. 2. • Coût du transport aller/retour • frais d'hébergement : 50 € TTC par nuit dans la limite de 10 nuits.	Durée prévisible de l'hospitalisation de plus de 7 jours.
frais médicaux d'urgence à l'étranger	- remboursement des frais restant à la charge du bénéficiaire (hors frais dentaires) : 75 000 € TTC - remboursement des frais de soins dentaires urgents : 300 € TTC. - Avance des frais d'hospitalisation : 75 000 € TTC	Une franchise pécuniaire de 30 € TTC s'applique au remboursement des frais médicaux et dentaires. Les limites suivantes, s'entendent par bénéficiaire et par année civile.
frais de recherche et de secours	3 000 € TTC maximum par bénéficiaire et par accident.	
Acheminement d'un collaborateur de remplacement.	Coût du transport	
ASSISTANCE JURIDIQUE		
Avance de la caution pénale	Dans la limite de 15 000 € TTC	
Honoraires des représentants judiciaires	remboursement dans la limite de 3 000 € TTC	
ASSISTANCE COMPLEMENTAIRE		
Retour prématuré	- Coût du transport aller-simple pour le bénéficiaire et un accompagnant - Ou - Coût du transport aller-retour du bénéficiaire.	
Recherche et mise à disposition de médicaments	Prise en charge des frais de recherche, de contrôle d'emballage et d'envoi.	Le coût des médicaments et les frais de douane restent à la charge du bénéficiaire.
Assistance en cas de vol des papiers d'identité, moyens de paiement et/ou titres de transport	- Avance de fonds : 3 000 € TTC maximum dans la monnaie locale - Organisation sans prise en charge du retour au domicile ou de la poursuite de voyage	Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

4. ASSISTANCE DÉCÈS

Assistance dès la souscription

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
SERVICE D'INFORMATION ADMINISTRATIVES ET JURIDIQUES		
Service d'informations administratives et juridiques	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.

Assistance au moment du décès

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ORGANISATION DES OBSEQUES		
transport de corps	Coût du transport du corps organisé par Mondial Assistance.	Le décès est survenu en France à plus de 50 km du domicile, ou à l'étranger. La prise en charge des frais funéraires est limitée aux frais réellement nécessaires au transport conformément à la législation locale.
frais funéraires afférant au transport	- frais funéraires (hors cercueil ou urne) : 2 300 € TTC - frais de cercueil : 1 500 € TTC - frais d'urne : 300 € TTC.	
Transfert d'un proche sur le lieu du décès	- Coût du transport aller et retour organisé par Mondial Assistance. - frais d'hébergement pris en charge à hauteur de 60 € TTC par nuit dans la limite de 10 nuits.	
Coordination des obsèques	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille. Réserve de territorialité concernant le lieu des obsèques.
Transfert de membres de la famille qui assistent aux obsèques	Coût du transport aller et retour organisé par Mondial Assistance, pour 2 personnes au maximum.	membres de la famille résidant en France.
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE		
Accompagnement psychologique des proches	3 entretiens par téléphone et si la situation le nécessite : remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet par proche. 80 € TTC maximum par consultation.	Limité à 3 proches La prise en charge vient en complément des éventuels remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS		
Transfert d'un proche venant garder les enfants du bénéficiaire à son domicile.	Coût du transport aller et retour organisé par Mondial Assistance ou 24h de location d'un véhicule de catégorie B pour chaque trajet (aller et retour).	Prestation non cumulable avec les prestations « transfert des enfants chez un proche » et « garde des enfants au domicile ».
Transfert des enfants chez un proche (avec si besoin accompagnement par un proche ou par un prestataire)	Coût du transport aller et retour organisé par Mondial Assistance, ou 24h de location d'un véhicule de catégorie B pour chaque trajet (aller et retour).	Prestation non cumulable avec la prestation « transfert d'un proche ».
Garde des enfants au domicile du bénéficiaire ou d'un proche	20 heures maximum.	Prestation non cumulable avec la prestation « transfert d'un proche ».
GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE		
Garde des animaux de compagnie : • soit à l'extérieur par un professionnel • soit chez un proche	Pour la garde à l'extérieur par un professionnel : 300 € TTC maximum.	Pour la garde chez un proche : transport dans un rayon de 100 km maximum autour du domicile.
COMPLÉMENT POUR LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ		
Acheminement des membres de la famille jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation	Coût du transport aller et retour organisé par Mondial Assistance.	franchise de 50 km pour les décès survenus en France.
Retour au domicile des membres de la famille restés sur place	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance.	Le décès du bénéficiaire empêche le retour dans les conditions initialement prévues.

Retour au domicile des passagers	Coût du transport organisé par Mondial Assistance.	Le décès du bénéficiaire empêche le retour dans les conditions initialement prévues des passagers voyageant dans le véhicule. Prestations limitées au nombre de places indiquées sur le certificat d'immatriculation du véhicule.
Acheminement d'un proche ou d'un chauffeur pour ramener le véhicule.	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance.	
Acheminement d'un proche ou d'un accompagnateur pour le retour au domicile des personnes restées sur place handicapées ou de moins de 15 ans.	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance.	
Retour au domicile des animaux de compagnie	Coût du transport organisé par Mondial Assistance, hors frais de cage.	

Assistance après les obsèques

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ASSISTANCE PENSION DE REVERSION ET SOUTIEN SOCIAL		
Assistance pour l'obtention de la pension de réversion.	1 simulation au maximum	Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant les obsèques.
Accompagnement social	Illimité	Les prestations sont rendues exclusivement par téléphone.
AUTRES ASSISTANCES		
Accompagnement psychologique des proches	3 entretiens par téléphone et si la situation le nécessite : remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80 € TTC maximum par consultation.	Limité à 3 proches. La prestation doit être activée dans les 3 mois suivant les obsèques. La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
Réseau de services à la personne	Mise en relation sans prise en charge.	Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant les obsèques.
Aide-ménagère au domicile	5 heures maximum	
Transfert d'un proche au domicile	Coût du transport aller et retour organisé par Mondial Assistance ou 24h de location d'un véhicule de catégorie B pour chaque trajet (aller et retour).	
Taxi pour faciliter les déplacements nécessaires en vue des démarches suite au décès.	200 € TTC maximum	
ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA RÉINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL DU CONJOINT		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Evaluation, bilan personnel et professionnel et aide à l'élaboration d'un projet professionnel pour le conjoint survivant.	Coût de la prestation réalisée ou mandattée par Mondial Assistance.	Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant les obsèques.
1. Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi pour le conjoint survivant OU 2. Accompagnement à la création ou la reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle pour le conjoint survivant.	1. Coût de la prestation réalisée ou mandattée par Mondial Assistance. 2. Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance et 10h maximum de consultation organisée par Mondial Assistance auprès d'un cabinet prestataire.	Prestations limitées à une durée maximum de 12 mois.
Entretiens de suivi	Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance.	

3 VALIDITE DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

VALIDITE TERRITORIALE

- Les prestations de la convention d'assistance sont acquises uniquement sur le territoire du domicile du bénéficiaire, à l'exception des prestations de l'Article 5.3 « ASSISTANCE VOYAGE », de l'Article 5.4.2 « ASSISTANCE AU MOMENT DU DECES » et de l'Article 5.4.3 « ASSISTANCE APRES LES OBSEQUES ».
- Les prestations de l'Article 5.3 « ASSISTANCE VOYAGE », de l'Article 5.4.2 « ASSISTANCE AU MOMENT DU DECES » et de l'Article 5.4.3 « ASSISTANCE APRES LES OBSEQUES » sont accordées pour des événements garantis survenus sur le territoire du domicile du bénéficiaire ou au cours de déplacements n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier à l'exception des pays non couverts (Corée du Nord et pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus).

Une franchise de 50 km est appliquée pour les prestations décrites à l'article 5.3 « ASSISTANCE VOYAGE ».

Les prestations « Organisation des obsèques » de l'Article 5.4.2 peuvent être accordées en France ou dans le monde entier à l'exception des pays non couverts.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat d'assurance « Prévoyance protection individuelle » du bénéficiaire souscrit auprès de La Mondiale et de l'accord liant La Mondiale et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

4 DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la convention d'assistance « Prévoyance protection individuelle », les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, constatée par une autorité médicalement compétente.

ANIMAL DE COMPAGNIE

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens à l'exclusion de tout autre animal.

Pour être couvert par les garanties, 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).

BÉNÉFICIAIRE

- Personne physique, ci-après dénommée le « **bénéficiaire assuré** », assurée par le contrat d'assurance « **Prévoyance protection individuelle** »,
- Son conjoint ,
- Ses enfants.

CHAUFFEUR

prestataire de Mondial Assistance ayant pour mission de réacheminer le véhicule.

L'envoi d'un chauffeur n'est possible que si le véhicule est en parfait état de marche, répond aux législations nationales et internationales applicables et est en conformité avec les normes du contrôle technique obligatoire.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas de détérioration ou vol d'objets personnels, de marchandises ou d'accèssoires commis sur ou dans le véhicule.

CONJOINT

conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du bénéficiaire assuré, vivant habituellement sous le toit du bénéficiaire assuré.

CONJOINT SURVIVANT

Le conjoint survivant peut être :

- Le bénéficiaire assuré en cas de décès du conjoint,
- Le conjoint en cas de décès du bénéficiaire assuré.

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.

FRAIS DE RECHERCHE

frais des opérations effectuées par les sauveteurs civils ou militaires ou les organismes spécialisés publics ou privés, se déplaçant spécialement à l'effet de rechercher le bénéficiaire en un lieu dépourvu de tout moyen de secours organisé ou rapproché.

FRAIS DE SECOURS

frais de transport consécutifs aux opérations de recherche (après localisation du bénéficiaire) depuis le lieu de survenance de l'accident jusqu'à la structure médicale la plus proche.

FRAIS DE SOINS DENTAIRES URGENTS

frais de soins dentaires urgents et considérés comme tels par le service médical de Mondial Assistance.

FRAIS FUNÉRAIRES

frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE A L'ÉTRANGER

frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une maladie ou consécutifs à un accident.

FRANCE

France métropolitaine ainsi que les Territoires DROM où se situe le domicile.

FRANCHISE

Distance kilométrique à partir de laquelle les prestations d'assistance sont accordées. La distance est calculée depuis le domicile jusqu'au lieu de survenance de l'événement garantie sur la base de l'itinéraire le plus court calculé par Viamichelin. Aucune franchise n'est appliquée en cas de survenance d'un événement garanti à l'étranger.

FRANCHISE PÉCUNIAIRE

Part du remboursement laissée à la charge du bénéficiaire lors de la mise en œuvre de la prestation. Les montants de franchise pécuniaire se rapportant à chaque prestation sont précisés à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

HÉBERGEMENT

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

HOSPITALISATION

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

Une durée d'hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RÉSUMÉ 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.
- l'hospitalisation ambulatoire.

HOSPITALISATION D'URGENCE

Séjour de plus de 48 (quarante-huit) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et ne pouvant être reportée.

INCAPACITÉ

Diminution des facultés physiques et mentales d'une personne constatée par une autorité médicale l'empêchant d'exercer son activité professionnelle.

INVALIDITÉ

Diminution des facultés physiques et mentales d'une personne dont l'état ouvre droit à une pension d'invalidité dans les conditions prévues aux articles L341-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

MALADIE

Altération subite de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente.

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 ou la personne placée sous la tutelle du bénéficiaire.

Le Membre de la famille doit résider sur le territoire où se situe le domicile du bénéficiaire.

PASSAGER

Toute personne se déplaçant à titre gratuit dans le véhicule lors de la survenance d'un événement garanti.

Le Passager doit résider sur le territoire où se situe le domicile du bénéficiaire.

Le nombre de passagers ayant la qualité de bénéficiaire est limité au nombre de places indiquées sur le certificat d'immatriculation du véhicule. **Sont exclus les auto-stoppeurs.**

PAYS NON COUVERTS

Corée du Nord et pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

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

du bénéficiaire et désignée par le bénéficiaire :

- Lorsque le bénéficiaire est domicilié en France métropolitaine, le proche désigné par le bénéficiaire doit également être domicilié en France métropolitaine.
- Lorsque le bénéficiaire est domicilié dans les Territoires DROM, le proche désigné par le bénéficiaire doit être domicilié dans le même Territoire DROM que celui où est domicilié le bénéficiaire.

SEQUELLE HANDICAPANTE

Réduction des capacités fonctionnelles (physiques, intellectuelles, sensorielles) nécessitant la présence d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est constatée médicalement.

TERRITOIRES DROM

Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2^{de} classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (uniquement pour des distances inférieures à 50 km).

VÉHICULE

Véhicule terrestre à moteur répondant à la définition de « voiture particulière » de l'article R311-1 du Code de la route appartenant au bénéficiaire ou ayant fait l'objet d'un contrat de location (contrat à titre gratuit ou à titre onéreux), à l'exclusion des véhicules affectés au transport de personnes ou de marchandises à titre onéreux.

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 dans le respect de la législation sociale et du secret médical.

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.

Informations juridiques, administratives et pratiques

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

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense

5 PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RÉSUMÉ DES GARANTIES 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 ASSISTANCE EN CAS D'INCAPACITÉ

5.1.1 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 :

Téléconseil santé

- Questions médicales face à un symptôme : lorsque le bénéficiaire s'interroge face à un

recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession.

- Information sur les démarches administratives à effectuer.
- Informations pratiques : information loisirs pour les seniors, information spécialisées pour les malvoyants.

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.

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.

Les prestations de services à la personne délivrées par les prestataires peuvent :

- soit entrer dans le cadre de la loi Borloo :
 - Aide-Ménagère
 - Préparation ou livraison de repas à domicile
 - Portage de médicaments
 - Travaux de jardinage
 - Travaux de petit bricolage
 - Installation de box ou détecteur de fumée
 - Accompagnement aux déplacements véhiculés
 - Accompagnement aux déplacements non véhiculés
 - Auxiliaire de vie
 - Garde-malade
 - Garde d'enfant de moins de 3 ans à domicile
 - Garde d'enfant de plus de 3 ans à domicile
 - Aide aux devoirs / cours à domicile
 - Assistance administrative à domicile
 - Assistance informatique et internet
- soit être 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.

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.

Dépannage au domicile

Mondial Assistance met le bénéficiaire en relation avec son réseau de prestataires, dans les domaines suivants :

- Serrurerie
- Plomberie
- Electricité
- Vitrerie

Le coût des devis et travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du bénéficiaire.

5.1.2 En cas d'incapacité de 6 mois ou plus

Assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel

Lorsque le bénéficiaire est jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

[Service d'informations juridiques, administratives et pratiques](#) sur l'emploi et la vie professionnelle.

[Bilan personnel et professionnel](#) du bénéficiaire afin de l'aider à définir son projet professionnel.

[Aide au retour à l'emploi](#)

Si le bénéficiaire recherche un emploi salarié, Mondial Assistance le forme aux outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation
- préparation aux entretiens d'embauche
- activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux
- utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi

Ou

[Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle](#)

Le bénéficiaire est conseillé par un prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

En aucun cas, Mondial Assistance ne se substitue au bénéficiaire pour créer ou reprendre une entreprise.

- [Entretiens de suivi et de coaching](#)

Des entretiens de suivi et de coaching permettent d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

5.2 ASSISTANCE EN CAS D'INVALIDITÉ

Assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel

Lorsque le bénéficiaire est jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après : [Service d'informations juridiques, administratives et pratiques](#) sur l'emploi et la vie professionnelle.

[Bilan personnel et professionnel](#) du bénéficiaire afin de l'aider à définir son projet professionnel.

Aide au retour à l'emploi

Si le bénéficiaire recherche un emploi salarié, Mondial Assistance le forme aux outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation,
- préparation aux entretiens d'embauche,
- activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux,
- utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi.

Ou

[Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle](#)

Le bénéficiaire est conseillé par un prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

En aucun cas, Mondial Assistance ne se substitue au bénéficiaire pour créer ou reprendre une entreprise.

[Entretiens de suivi et de coaching](#)

Des entretiens de suivi et de coaching permettent d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

Complément en cas de séquelles handicapantes

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi hors jours fériés de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

[Accompagnement social comprenant :](#)

- une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire ;
- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du bénéficiaire et ses habitudes de vie ;
- un plan d'aide pour faciliter sa vie à domicile ;
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;
- des informations sur les aides auxquelles le bénéficiaire peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

Les informations fournies par Mondial Assistance 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.

[Assistance à l'aménagement du domicile](#)

Mondial Assistance fournit :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un audit de l'habitat par un prestataire pour évaluer la conformité du domicile à ses nouveaux besoins, les aménagements nécessaires pour son maintien à domicile et le coût des travaux associés
- la mise en relation avec des prestataires pour la réalisation des travaux.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Territoires DROM.

Le coût des travaux réalisés à l'issue du bilan de vie ou de l'audit de l'habitat est à la charge du bénéficiaire.

Téléassistance permanente au domicile

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au domicile **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 Sémar 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au bénéficiaire, en cas de besoin, 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.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Territoires DROM.

Visite de maisons d'accueil

Transport (aller et retour) jusqu'aux établissements choisis par le bénéficiaire ou son entourage.

Mondial Assistance ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier du bénéficiaire par un établissement.

Aides aux démarches administratives pour le déménagement

Renseignements sur les démarches administratives à effectuer en cas de déménagement.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Les informations fournies par Mondial Assistance 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.

Aide au déménagement

Mise en relation avec :

- une entreprise de déménagement,
- un loueur de véhicule de type utilitaire se conduisant avec un permis B,
- un prestataire pour l'aider, par téléphone ou sur place, à faire l'état des lieux,
- une entreprise spécialisée dans le nettoyage de locaux.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées

minimum à compter de la demande.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Territoires DROM.

Présence d'un proche pour aider à l'installation du bénéficiaire en établissement spécialisé.

transport (aller et retour) et hébergement d'un proche pour aider le bénéficiaire lors de son installation en établissement spécialisé.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées minimum à compter de la demande.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Territoires DROM.

5.3 ASSISTANCE VOYAGE

Assistance en cas d'accident ou de maladie du bénéficiaire

Dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations ci-après :

Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire

- Transport, sanitaire si nécessaire, du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit en France) par les moyens les plus appropriés.
- Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet.
- Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son domicile.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire et appartiennent exclusivement aux médecins de Mondial Assistance en accord avec les médecins traitants locaux.

Les médecins de Mondial Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Seuls, l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen de transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les

compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc.

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance, il dégage Mondial Assistance de toute responsabilité des conséquences d'une telle initiative, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou d'aggravation de son état de santé, et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de Mondial Assistance.

Prestation destinée au proche : Soutien au bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place.

Lorsque le rapatriement ou le transport sanitaire intervient après la date de fin de séjour du bénéficiaire ou si l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas d'hospitalisation mais l'empêche de poursuivre son voyage dans les conditions prévues initialement, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » :

- soit la prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place :
 - hébergement sur place et
 - transport retour.
- soit le transfert d'un proche au chevet du bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place :
 - transport (aller et retour) et
 - hébergement sur place.

Frais médicaux d'urgence à l'étranger

Remboursement des frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié.

Cette prestation cesse le jour où le service médical de Mondial Assistance estime que le rapatriement du bénéficiaire est possible.

Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le couvrant au titre des frais médicaux d'urgence à l'étranger, pendant toute la durée du voyage.

Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite du plafond figurant à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Dans ce cas, le bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :

- les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger,
- les frais de vaccination,
- les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

Frais de recherche et de secours

Mondial Assistance rembourse les frais de recherche et les frais de secours correspondant aux opérations mises en place à l'occasion de l'accident du bénéficiaire.

Acheminement d'un collaborateur de remplacement

En cas d'interruption de la mission professionnelle du bénéficiaire suite à un événement garanti, Mondial Assistance organise et prend en charge le transport d'un collaborateur de remplacement pour lui permettre de poursuivre la mission interrompue.

Assistance juridique à l'étranger

En cas d'infraction involontaire à la législation du pays où séjourne le bénéficiaire :

Avance de la caution pénale

si le bénéficiaire est incarcéré ou menacé de l'être, à condition que les poursuites dont il fait l'objet ne soient pas relatives :

- au trafic de stupéfiants et/ou de drogues,
- à une participation à des mouvements politiques.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Le bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de son retour de voyage. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Remboursement des honoraires

Des représentants judiciaires à la suite d'une action

judiciaire engagée à l'encontre du bénéficiaire, à condition que les faits reprochés :

- ne soient pas relatifs à l'activité professionnelle du bénéficiaire,
- ne soient pas susceptibles de sanctions pénales selon la législation du pays où le bénéficiaire où l'infraction a été commise.

Assistance complémentaire

Retour prématuré

En cas :

- d'hospitalisation d'urgence d'un Membre de la famille en France suite à une maladie ou un accident engageant le pronostic vital,
- de décès d'un Membre de la famille ne participant pas au déplacement et vivant en France,
- de sinistre atteignant la résidence principale, l'exploitation agricole ou le local professionnel du bénéficiaire et rendant sa présence indispensable pour la mise en œuvre de mesures conservatoires et des démarches administratives,

Mondial Assistance organise et prend en charge :

- **soit** le transport aller-simple pour le bénéficiaire et un accompagnant.
- **soit** le transport aller-retour pour le bénéficiaire.

Mise à disposition de médicaments

En cas d'impossibilité pour le bénéficiaire de se procurer sur place des médicaments prescrits avant le départ, indispensables à un traitement curatif en cours, introuvables sur son lieu de séjour :

- **soit** la recherche sur place et mise à disposition du bénéficiaire de médicaments équivalents, sous réserve de l'accord du médecin prescripteur,
- **soit** la mise en place d'un dispositif permettant au bénéficiaire de suivre le traitement dont il a besoin.

Mondial Assistance ne peut être tenue pour responsable des délais d'acheminement des médicaments ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

Les frais d'achat des médicaments et/ou de suivi d'un traitement restent à la charge du bénéficiaire.

Mondial Assistance peut avancer ces frais. Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette. Le bénéficiaire s'engage à les lui rembourser dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de la réception des médicaments. Passé ce délai, Mondial Assistance serait en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentée des intérêts légaux.

Perte ou vol des papiers, moyens de paiement ou titres de transport

- **Information et aide aux démarches à effectuer**

Le service est accessible du lundi au samedi hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Les informations fournies par Mondial Assistance 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.

- **Avance de fonds** pour faire face aux dépenses de première nécessité et organiser son retour.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Le bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de sa mise à disposition. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentée des intérêts légaux.

- **Organisation du retour au domicile ou de la poursuite du voyage**

Recherche et réservation pour le compte du bénéficiaire de titres de transport selon le mode choisi par le bénéficiaire.

Les frais ainsi engagés restent à la charge du bénéficiaire.

5.4 ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

5.4.1 Assistance dès la souscription

Service d'informations administratives et juridiques

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 8h00 à 20h00 hors jours fériés (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des renseignements dans les domaines ci-après :

- Retraite, décès, obsèques, succession,
- Démarches administratives à effectuer en cas de décès.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Les informations fournies par Mondial Assistance 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.

5.4.2 ASSISTANCE AU MOMENT DU DÉCÈS

Organisation des obsèques

Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » et sous réserve de l'obtention du permis d'inhumation, les prestations définies ci-après :

transport du corps depuis le lieu du décès, la chambre funéraire ou le lieu de mise en bière jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation situé sur le territoire du domicile du bénéficiaire et choisi par le défunt ou les membres de la famille,
frais funéraires afférents à ce transport,
transfert d'un proche (transport aller-retour) sur le lieu du décès :

- soit pour remplir les formalités administratives

avant le transport du corps,

- soit pour assister à l'inhumation ou la crémation sur place,

Coordination des Obsèques par un prestataire ou par une entreprise désignée par les membres de la famille ou par le bénéficiaire dans ses données obsèques,

Transfert de membres de la famille résidant en France (transport aller-retour) qui assistent aux obsèques dans le pays d'inhumation ou de crémation.

Accompagnement psychologique

Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », un accompagnement psychologique pour un ou plusieurs proches du bénéficiaire décédé.

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le proche vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son lieu de résidence ou de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

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

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Garde des enfants de moins de 15 ans

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper des enfants du bénéficiaire décédé, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

Transfert d'un proche (transport aller-retour), qui vient garder les enfants au domicile du bénéficiaire décédé.

Prestation non cumulable avec les prestations « transfert des enfants chez un proche » et « garde des enfants au domicile ».

Transfert des enfants chez un proche (transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un proche qui les accompagne si nécessaire (transport aller-retour). Si besoin, Mondial Assistance missionne un prestataire. Prestation non cumulable avec la prestation « transfert d'un proche ».

Garde des enfants au domicile du bénéficiaire décédé ou au domicile d'un proche chez qui ils sont temporairement hébergés.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h00 et 19h00, **dans la limite des disponibilités locales.**

Prestation non cumulable avec la prestation « transfert d'un proche ».

Garde des animaux de compagnie

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie du bénéficiaire décédé au domicile du bénéficiaire, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », la garde des animaux de compagnie :

- Soit à l'extérieur du domicile du bénéficiaire par un professionnel selon les disponibilités locales ;

La garde des animaux de compagnie par un professionnel est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Territoires DROM.

- Soit, chez un proche (transport aller-retour).

Compléments pour les personnes voyageant avec le bénéficiaire décédé

Lorsque le bénéficiaire décède au cours d'un voyage, et que, de ce fait, les personnes voyageant avec lui ne peuvent plus rentrer en France par les moyens initialement prévus, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

Acheminement des membres de la famille résidant en France (transport aller-retour) jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation du bénéficiaire en France.

Retour au domicile des membres de la famille restés sur place résidant en France (transport aller simple).

Retour au domicile des passagers résidant en France (transport aller simple).

Le nombre de personnes destinataires de ces prestations est limité au nombre de places indiquées sur le certificat d'immatriculation du véhicule.

Acheminement d'un proche ou d'un chauffeur (transport aller-simple) sur le lieu de l'événement pour ramener le véhicule et les personnes restées sur place lorsqu'aucune d'entre-elles n'est en mesure de conduire le véhicule.

Les frais de carburant, péage, stationnement et gardiennage du véhicule ne sont pas pris en charge.

Acheminement d'un proche ou d'un accompagnateur (transport aller-retour) pour le retour au domicile des personnes handicapées ou de moins de 15

ans restées seules sur place.

Retour au domicile des animaux de compagnie par un prestataire. Les animaux blessés sont confiés au service vétérinaire le plus proche pour être soignés avant d'être ramenés au domicile.

Le coût de l'intervention du vétérinaire n'est pas pris en charge par Mondial Assistance.

5.4.3 ASSISTANCE APRES LES OBSÈQUES

Assistance pension de reversion et soutien social

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance fournit au conjoint survivant les prestations définies ci-après :

Assistance pour l'obtention de la pension de réversion comprenant :

- l'information sur les pensions de réversion,
- une estimation du niveau de pension de réversion,
- l'envoi des formulaires nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de pension de réversion, à l'exception des formulaires qui ne peuvent être obtenus que par le conjoint survivant.

Les estimations et simulations réalisées à partir des éléments communiqués n'ont qu'une valeur indicative et sont dépourvues de toute valeur contractuelle.

Accompagnement social comprenant :

- une analyse de la situation médicale, sociale, professionnelle et économique du conjoint survivant ;
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;
- des informations sur les aides auxquelles le conjoint survivant peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

Les informations fournies par Mondial Assistance 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.

Autres assistances

Pour accompagner le conjoint survivant et les proches après les obsèques du bénéficiaire,

Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le conjoint survivant ou le proche vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son lieu de résidence ou de travail.

Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

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

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Accès aux services à la personne

Mondial Assistance peut :

- fournir au proche toute l'information utile sur les services à la personne,
- mettre le proche en relation avec un prestataire de services à la personne agréé dans le cadre de la loi Borloo (régime d'avantages fiscaux).

Les coûts des devis et des services utilisés sont à la charge du proche destinataire des services.

Aide-Ménagère, dans la limite des disponibilités locales, qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au domicile du proche.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h00 et 18h00 du lundi au samedi, hors jours fériés (fuseau horaire de la France métropolitaine).

Transfert d'un proche (transport aller-retour), qui vient auprès du conjoint survivant à son domicile.

Taxi pour faciliter les déplacements nécessaires en vue des démarches administratives à effectuer suite au décès.

Assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel

Pour accompagner le conjoint survivant, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les

prestations définies ci-après :

Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle.

Evaluation, bilan personnel et professionnel et aide à l'élaboration d'un projet professionnel pour le conjoint survivant.

Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi

Si le conjoint survivant recherche un emploi salarié, Mondial Assistance le forme aux outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation
- préparation aux entretiens d'embauche
- activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux
- utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi

Ou

Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle

Le conjoint survivant est conseillé par un prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

En aucun cas, Mondial Assistance ne se substitue au conjoint survivant pour créer ou reprendre une entreprise.

Entretiens de suivi

Des entretiens de suivi et de coaching permettent d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

6 RESPONSABILITÉ

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 du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), 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 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.

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.

7 EXCLUSIONS GÉNÉRALES

7.1 EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire,

les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par un bénéficiaire ou l'absorption par un bénéficiaire de médicaments, drogues ou toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrite médicalement ;

- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,

- de l'exposition à des agents radioactifs,
- 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,
- 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,
- les dommages de toute nature causés ou provoqués par un bénéficiaire ou avec sa complicité, ou consécutifs à une négligence caractérisée, une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire (L113-1 alinéa 2 Code des assurances), sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- les conséquences :
 - 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, antérieurement avérées/constituées,
- la participation du bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle ou à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires;
- l'inobservation par le bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;
- les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique par le bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : tout sport aérien (y compris delta-plane, planeur, kite-surf, parapente), ainsi que le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste (pratique d'un sport ou d'un loisir de glisse sur neige dans des zones non balisées, non surveillées ou non préparées par les services de sécurité des stations de sport d'hiver), l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, et le parachutisme ;
- les conséquences d'un événement survenu lors de la pratique par le bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome. les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

7.2 EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES A L'ASSISTANCE VOYAGE

Outres les Exclusions Générales figurant au 7.1, sont exclus :

- les conséquences :
 - 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, antérieurement avérées/constituées,
 - des interventions chirurgicales de confort ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, de jour ou ambulatoire, dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance ;
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique) ;
- les conséquences de tout incident du transport aérien réservé par le bénéficiaire, opéré par une compagnie figurant sur la liste noire établie par la Commission européenne, quelle que soient sa provenance et sa destination ;
- les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance;
- l'organisation et la prise en charge d'un transport visées à l'article «Rapatriement ou transport sanitaire » pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;
- la participation du bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle ou à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires;
- l'inobservation par le bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;
- les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique par le bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : tout sport aérien (y compris delta-plane, planeur, kite-surf, parapente), ainsi que le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, et le parachutisme ;
- les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique par le bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome lorsque l'activité n'est pas encadrée par un professionnel habilité.

8 MODALITES D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

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, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

AWP France SAS

Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 10 (dix) 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 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Fragonard Assurances le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de Fragonard Assurances 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 les 10 (dix) règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

9 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

AWP France SAS

Service Juridique - DT03

7 rue Dora Maar - CS 60001

93488 Saint-Ouen Cedex.

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance de la convention.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS 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.

10 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), sise au 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex

11 LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

La convention est régie par la loi française.

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

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES PROFESSIONNELS

AG2R LA MONDIALE
offre une gamme
étendue de solutions
en protection sociale

SANTÉ

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès
Garantie perte d'autonomie

ÉPARGNE

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

RETRAITE

Complément de revenus

ENGAGEMENT SOCIÉTAL

Gestion de fin de carrière
Services à la personne