

GENÉPRO

NOTICE D'INFORMATION

Réf. 538.973 G

SOMMAIRE

1. LES CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT ET DÉFINITIONS.....	1
2. LES CONDITIONS D'ADHÉSION	2
3. LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE L'ADHÉSION.....	3
4. LES GARANTIES DE L'ADHESION.....	3
5. LES RISQUES EXCLUS	4
6. LA DESIGNATION DU BENEFICIAIRE	5
7. LE MONTANT ET LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	6
8. LES MODIFICATIONS DE L'ADHÉSION.....	6
9. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	7
10. EXPERTISE MEDICALE ET TIERCE EXPERTISE	7
11. LA RENONCIATION	8
12. INFORMATION DE L'ADHERENT.....	8
13. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE – RÉCLAMATIONS – TRIBUNAUX COMPETENTS.....	8
14. LA RÉSILIATION DE L'ADHESION	8
15. DÉLAI DE PRESCRIPTION	9
16. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	9
17. LA MODIFICATION DU CONTRAT.....	11
18. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.....	11
ANNEXE 1 : CONVENTION D'ASSISTANCE « PRÉVOYANCE GÉNÉPRO » N° 922564	12

1. LES CARACTERISTIQUES DU CONTRAT ET DEFINITIONS

GÉNÉPRO est un contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative souscrit par l'association APOGEE, auprès de SOGECAP, entreprise régie par le Code des assurances, au bénéfice de ses membres exerçant une profession non salariée non agricole, clients de la SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ou de ses filiales (au sens de l'article 354 de la Loi n°66-537 du 24 juillet 1966 modifiée).

Ce contrat relève des branches 1 (Accident), 2 (Maladie) et 20 (Vie-Décès) mentionnées à l'article R.321-1 du Code des assurances et pour laquelle SOGÉCAP a reçu des agréments.

GÉNÉPRO est présenté par la SOCIÉTÉ GÉNÉRALE (Immatriculation à l'ORIAS n° 07 022 493), en sa qualité de courtier d'assurances.

GÉNÉPRO est un contrat d'assurance vie qui peut être souscrit dans le cadre du dispositif « Loi Madelin » (article L144-1 du Code des assurances). Si une personne exerçant une activité professionnelle non-salarié non-agricole souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale prévue par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin », celle-ci devra le préciser dans sa demande d'adhésion. A ce titre, le capital garanti au titre des garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie sera converti sous forme de rente.

L'objet du contrat est de garantir l'Assuré contre les risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité et d'invalidité résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

DEFINITIONS

- **Accident** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou du Bénéficiaire, et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont jamais considérés comme Accident au titre de la garantie, les accidents cérébraux ou cardio-vasculaires, quelle qu'en soit l'origine.**

- **Actes ordinaires de la vie quotidienne** : les 6 catégories d'actes ordinaires de la vie quotidienne sont :

- La toilette : se laver l'ensemble du corps, satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.
- L'habillement : s'habiller ou se dévêtir totalement sans aide.
- L'alimentation : manger des aliments préalablement coupés, préparés et servis, boire et avaler, sans aide.
- La continence : assurer l'hygiène de l'élimination.
- Les déplacements à l'intérieur : pouvoir se déplacer / se mouvoir à l'intérieur de son logement (sur une surface plane ou aménagée) sans aide.
- Les transferts : passer de chacune des positions, couché / assis / debout : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher ou s'asseoir.

- **Adhérent** : personne physique, membre de l'association APOGEE, nommément désignée sur la demande d'adhésion, chargée du paiement des cotisations.
- **Assureur** : SOGECAP, société anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation, entreprise régie par le Code des assurances.
- **Assuré** : personne physique nommément désignée sur la demande d'adhésion, sur laquelle reposent les risques garantis ; l'Assuré est l'Adhérent lui-même.
- **Bénéficiaire(s)** : personne(s) physique(s) désignée(s) à l'adhésion, qui percevra(ont) le capital ou l'indemnité en cas de réalisation du risque.
- **Date de consolidation** : date à laquelle l'état de santé de l'Assuré s'étant stabilisé, les conséquences de l'Accident ou de la Maladie deviennent permanentes et sont présumées définitives, suivant les conclusions du service médical de SOGÉCAP ou du médecin expert désigné selon la procédure indiquée au paragraphe « Expertise médicale et tierce expertise ».

- **Délai de franchise** : période indiquée sur la demande d'adhésion correspondant à la durée pendant laquelle l'Assureur n'indemnise pas l'Assuré. Elle peut être de 7 jours en cas d'Accident et de 15, 30 ou 60 jours au choix de l'Adhérent en cas de Maladie.

Elle débute à compter du 1er jour d'arrêt de travail en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré.

- **Hospitalisation** : Admission de l'Assuré sous prescription médicale, en qualité de patient, au sein d'un établissement de santé (hôpital ou clinique) afin d'y subir une Intervention chirurgicale ou un Traitement médical. **Ne sont pas considérées comme Hospitalisation, les hospitalisations ambulatoires (hors intervention chirurgicale ambulatoire) et les hospitalisations de jour.**
- **Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.)** : état médicalement constaté d'inaptitude temporaire totale de l'Assuré à exercer son ou ses activité(s) professionnelle(s) lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.
- **Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)** : réduction permanente totale de l'aptitude de l'assuré à exercer son ou ses activité(s) professionnelle(s) lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie ou d'un accident.
- **Intervention chirurgicale** : une intervention chirurgicale (ambulatoire ou non) est un acte médical avec incision sur un patient anesthésié en milieu stérile. **Les actes de chirurgie faits dans un cabinet médical ne sont pas pris en compte.**
- **Maladie** : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- **Métiers du sport** : sont considérés comme relevant des Métiers du sport, les préparateurs physiques, les coachs sportifs, les guides de montagne, les instructeurs sportifs, les moniteurs sportifs, les démonstrateurs sportifs, les éducateurs sportifs, les maîtres-nageurs et les arbitres sportifs.
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)** : tout état physique ou mental de l'Assuré le rendant définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 6 Actes ordinaires de la vie quotidienne (la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement, les transferts).
- **Rechute** : nouvel arrêt de travail imputable à la Maladie ou à l'Accident pour lequel la garantie vient de jouer.
- **Régime obligatoire** : régime obligatoire de Sécurité sociale des travailleurs non-salariés non agricoles dont relève l'Assuré.
- **Sports exercés à titre professionnel** : sont considérés comme tels :
 - les sports dont la pratique fait l'objet d'une licence professionnelle,
 - ou les sports pratiqués dans le cadre de compétitions exclusivement ouvertes à des professionnels,
 - ou les sports pratiqués dans le cadre de compétitions nationales ou internationales.
- **Surprime** : supplément de cotisation demandé par SOGECAP à l'Adhérent après examen de la demande d'adhésion et appréciation du risque.
- **Traitement médical** : il intègre les médicaments, la kinésithérapie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'infiltration, la psychothérapie, l'appareillage.

2. LES CONDITIONS DE L'ADHESION

2.1 Eligibilité au contrat d'assurance

Sont admissibles :

- les personnes soumises à l'impôt sur le revenu qui relèvent de la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) : les artisans, les commerçants, les industriels ;
- les personnes soumises à l'impôt sur le revenu qui relèvent de la catégorie des bénéficiaires non-commerciaux (BNC) : les professionnels libéraux ;
- les dirigeants visés à l'article 62 du Code général des impôts ;
- les conjoints collaborateurs, tels que définis aux articles L. 121-4 et R. 121-1 du Code du commerce,
- les créateurs d'entreprise.

2.2 Age d'adhésion

Afin d'être admissible au contrat d'assurance, l'Adhérent doit être âgé de 18 ans à :

- moins de 69 ans au jour de l'adhésion pour la garantie Décès ;
- moins de 64 ans pour la garantie P.T.I.A. ;
- moins de 59 ans pour les garanties I.T.T. et I.P.T.

Pour les garanties Décès, PTIA, ITT et IPT, l'âge retenu est celui de l'Adhérent à la date d'effet de l'adhésion.

2.3 Formalité d'adhésion

Selon sa situation personnelle et le niveau de capital assuré choisi à l'adhésion, le candidat à l'assurance sera amené à effectuer des formalités médicales.

Toute demande d'adhésion est soumise à l'acceptation de SOGECAP qui se réserve le droit de faire remplir tout questionnaire spécifique, d'accepter l'adhésion au tarif normal, de l'accepter sous condition de surprime éventuellement temporaire, d'exclure certains risques, de l'ajourner ou de la refuser au terme de la procédure d'acceptation.

L'adhésion repose sur l'exactitude des déclarations de l'Adhérent conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances.

Toute modification de l'état de santé du candidat à l'assurance intervenant entre la date de la demande d'adhésion et l'acceptation de SOGECAP devra être déclarée.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément aux articles L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances.

Dans tous les cas, la durée de validité des questionnaires de santé (questionnaire de santé simplifié, questionnaire de santé complet, questionnaire spécifique) et de la demande d'adhésion est fixée à 6 mois à compter de leur complétude au jour de la demande d'adhésion.

L'Adhérent devra choisir à l'adhésion :

- le montant du capital qui sera versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès ou à lui-même en cas de P.T.I.A.,
- le nom du(des) Bénéficiaire(s) en cas de décès,
- le montant mensuel de l'indemnité qui lui sera versé en cas d'I.T.T. ou d'I.P.T.,
- le délai de franchise en cas d'I.T.T. suite à une Maladie (15, 30 ou 60 jours),
- s'il souhaite souscrire à une option facultative de majoration de la garantie permettant de doubler la garantie Décès ou P.T.I.A. » accidentelle,
- s'il souhaite bénéficier du dispositif « Loi Madelin » applicable aux travailleurs respectant les conditions du 2.4 de la présente notice.

Les caractéristiques de votre demande sont mentionnées sur la demande d'adhésion éditée par l'agence.

2.4 Eligibilité au dispositif « Loi Madelin »

Afin d'être éligible au dispositif « Loi Madelin », le travailleur non-salarié non-agricole doit être à jour du paiement de ses cotisations obligatoires au titre du régime d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Il lui appartient de vérifier qu'il peut bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis ou à l'article 62 du Code Général des Impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur.

Conformément aux articles L.121-4 et R.121-1 du Code du commerce relatif au conjoint collaborateur, le conjoint d'une personne exerçant une profession non salariée non agricole pourra de même adhérer au contrat s'il collabore effectivement à cette activité sans être rémunéré, sans avoir la qualité d'associé au sens de l'article 1832 du Code civil et sans exercer une activité salariée à temps partiel pendant plus de la moitié de la durée légale de travail (conformément à l'article 26 de la loi de Finances rectificative pour 1995 n° 95-1347 du 30 décembre 1995).

3. LA PRISE D'EFFET ET LA DUREE DE L'ADHESION

■ Prise d'effet

L'adhésion prend effet le jour de la signature de la demande d'adhésion sous réserve :

- de l'acceptation de l'adhésion par SOGECAP,
- du paiement de la première cotisation telle qu'indiquée sur la demande d'adhésion et de la surprime éventuelle.

La date d'effet de l'adhésion fixe le point de départ des garanties ; elle est indiquée sur le certificat d'adhésion qui sera adressé à l'Adhérent.

■ Garantie temporaire

SOGECAP accorde une garantie temporaire en cas de décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré à la suite d'un Accident survenu entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'acceptation, d'ajournement ou de refus de l'adhésion par SOGECAP. Dans ce cas, le(s) Bénéficiaire(s) percevra(ont) une indemnité dont le capital constitutif correspondra au montant du capital garanti au titre de la garantie Décès- PTIA mentionné sur le certificat d'adhésion.

Cette garantie est accordée aux conditions suivantes :

- paiement de la première cotisation,
- capital constitutif limité à 300 000 EUR.

Cette garantie cesse si l'Adhérent interrompt de son fait la procédure d'acceptation ; dans ce cas, les frais d'exams médicaux engagés par l'Adhérent lors de la procédure d'acceptation resteront à sa charge.

En tout état de cause, **cette garantie cesse au plus tard 3 mois après la date de signature de la demande d'adhésion.**

■ Durée de votre adhésion

L'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à chaque date anniversaire de la date d'effet sous réserve du paiement de la cotisation annuelle.

En tout état de cause, l'adhésion prend fin à la date anniversaire de la date d'effet suivant le 74^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les garanties de l'adhésion cessent avec le paiement du capital constitutif garanti en cas de décès ou de P.T.I. A.

La garantie P.T.I.A. cesse au plus tard à la date anniversaire de la date d'effet suivant le 64^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les garanties I.T.T. et I.P.T. cessent au plus tard à la date anniversaire de la date d'effet qui suit la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard à la date anniversaire de la date d'effet suivant le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré.

■ Durée d'indemnisation

Le règlement des prestations cessera lorsque surviendra l'un des événements listés ci-dessous :

pour l'I.T.T. :

- dès lors que l'Assuré n'est plus en Incapacité Temporaire Totale de travail,
- le jour de la reprise partielle ou totale de l'activité professionnelle,
- en cas de cessation définitive de l'activité professionnelle de l'Assuré,
- en cas de refus de se soumettre à un contrôle d'expertise,
- au plus tard au terme d'une durée d'indemnisation maximale de 1.095 jours après la période de franchise.

pour l'I.P.T. :

- dès lors que l'Assuré n'est plus en état d'invalidité permanente totale,
- le jour du décès ou de la P.T.I.A. de l'Assuré,
- le jour de la liquidation de la retraite de l'Assuré,
- au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré a atteint l'âge de 66 ans.

et en tout état de cause :

- le jour du décès ou de la P.T.I.A. de l'Assuré,
- le jour de la liquidation de la retraite de l'Assuré,
- le jour de la date à laquelle l'Assuré est reconnu en état d'invalidité permanente totale par son Régime obligatoire ou par le médecin expert désigné par l'Assureur,
- au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré a atteint l'âge de 66 ans.

4. LES GARANTIES DE L'ADHESION

■ Garantie Décès – P.T.I.A.

Cette garantie est éligible à la fiscalité « Loi Madelin ».

En cas de décès de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, SOGECAP verse au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) le montant du capital garanti.

Si l'Assuré souhaite bénéficier du dispositif « Loi Madelin », le capital est alors converti sous forme de rente viagère. Si le Bénéficiaire est un enfant de moins de 20 ans au jour du décès de l'Assuré, la rente versée sera temporaire jusqu'à son 25^{ème} anniversaire). Le montant de la rente est déterminé en fonction des conditions réglementaires et techniques en vigueur au moment du décès. Il varie également en fonction de l'âge du Bénéficiaire.

En cas de P.T.I.A. de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, le capital garanti sera intégralement versé par anticipation à l'Assuré.

Si l'Assuré souhaite bénéficier du dispositif « Loi Madelin », le capital est alors converti sous forme de rente viagère. Le montant de la rente est déterminé en fonction des conditions réglementaires et techniques en vigueur au moment de la P.T.I.A. Il varie également en fonction de l'âge de l'Assuré.

Le versement du capital en cas de P.T.I.A. met fin à la garantie en cas de Décès.

Le capital constitutif décès – P.T.I.A. doit respecter un minimum de 16 000 EUR et un maximum de 500 000 EUR à l'adhésion ainsi qu'en cas de demande de diminution ou d'augmentation ultérieure.

■ Garantie facultative : doublement de la garantie Décès – P.T.I.A. accidentel.

Cette garantie est éligible à la fiscalité « Loi Madelin ».

Elle est acquise à l'Assuré s'il en est fait mention au certificat individuel d'adhésion.

Si l'origine du décès ou de la P.T.I.A. est accidentelle, le montant du capital garanti choisi à l'adhésion est doublé et versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès et à l'Assuré lui-même en cas de P.T.I.A.

La preuve de la reconnaissance du décès accidentel ou de la P.T.I.A. accidentelle incombe à l'Assuré.

Le cumul de la Garantie Décès – P.T.I.A. et de la garantie facultative « Doublement de la garantie Décès PTIA accidentel » ne peut pas excéder 750 000 EUR.

■ Garantie I.P.T.

Cette garantie est éligible à la fiscalité « Loi Madelin ».

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré :

- qui se trouve dans l'incapacité permanente et totale, médicalement constatée, d'exercer son ou ses activité(s) professionnelle(s) lui procurant gain ou profit en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident,
- et qui présente un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 %.

Taux d'invalidité

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100

Le taux d'incapacité fonctionnelle est défini en dehors de toute considération professionnelle, selon le barème de droit commun du concours médical, en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité. Il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique consécutive à l'Accident ou à la Maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi selon l'importance et la nature de l'inaptitude professionnelle par rapport à la profession exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession, en faisant abstraction des possibilités de reclassement et d'exercice d'une autre activité professionnelle.

Le montant des prestations en cas d'I.P.T. devra respecter à l'adhésion ainsi qu'en cas de demande de diminution ou d'augmentation ultérieure :

- un minimum de 150 EUR,
- un maximum de 5 000 EUR, **ce montant étant limité à 900 EUR par mois pour le conjoint collaborateur assuré.**

■ Garantie I.T.T.

Cette garantie est éligible à la fiscalité « Loi Madelin ».

En cas d'I.T.T., SOGECAP prend en charge, après application du Délai de franchise mentionné dans la demande d'adhésion, le versement à l'Assuré d'indemnités journalières payables mensuellement à terme échu pour chaque jour d'arrêt de travail garanti intervenant après ce Délai de franchise.

Pour recevoir cette prestation, l'Assuré doit, à la date de début de l'I.T.T., exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ou être conjoint collaborateur d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale. **Si l'Assuré est, au jour du sinistre, au chômage, à la retraite ou en cessation d'activité professionnelle, il ne pourra pas prétendre à cette garantie.**

En cas de cessation définitive de l'activité professionnelle ou de mise à la retraite de l'Assuré, ce dernier doit en informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours à compter de la date de survenance de l'événement.

En cas d'I.P.T., SOGECAP verse à l'Assuré une rente temporaire payable mensuellement à terme échu, d'un montant égal à l'indemnité mensuelle versée en cas d'I.T.T. Cette rente est versée au prorata du nombre de jours indemnisés au titre de l'état d'Invalidité Permanente Totale.

Le taux d'invalidité [exprimé en pourcentage (%)] détermine le droit et le montant des prestations auxquelles l'Assuré peut prétendre.

Il est apprécié, conformément au tableau ci-après :

- par la détermination d'une Date de consolidation, fixée au plus tard le 36^{ème} mois continue d'Incapacité Temporaire Totale indemnisée
- et en fonction des taux d'incapacité fonctionnelle et d'incapacité professionnelle fixés par un médecin expert désigné par SOGECAP.

Le montant des prestations en cas d'I.T.T. devra respecter à l'adhésion ainsi qu'en cas de demande de diminution ou d'augmentation ultérieure :

- un minimum de 150 EUR,
- un maximum de 5 000 EUR, **ce montant étant limité à 900 EUR par mois pour le conjoint collaborateur assuré.**

En cas de Rechute médicalement constatée et survenant moins de deux mois après la date de reprise de travail, il n'y aura pas de nouvelle application du délai de franchise si la preuve peut être apportée que cette Rechute résulte des mêmes causes que le précédent arrêt de travail. Passé ce délai de deux mois, tout nouvel arrêt de travail entraînera l'application du délai de franchise.

■ Garantie exonération du paiement des cotisations

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité « Loi Madelin ».

En cas d'I.T.T. ou d'I.P.T., SOGECAP exonère l'Assuré du paiement des cotisations toutes taxes comprises (TTC) dues au titre de son adhésion au présent contrat, et ce pendant toute la durée de l'I.T.T. ou de l'I.P.T., en versant une prestation équivalente au montant des cotisations toutes taxes comprises prélevées sur son compte, après le délai de franchise choisi.

Cette prestation est versée au prorata du nombre de jours indemnisés au titre des garanties I.T.T. et I.P.T. et le cas échéant, après application du Délai de franchise choisi par l'Assuré.

5. LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus des garanties Décès, P.T.I.A., I.P.T. ou I.T.T. les Accidents ou Maladies ainsi que leurs suites et conséquences résultant de l'un des événements suivants :

- Les Maladies ou Accidents ainsi que leurs rechutes et récurrences de Maladies ou d'Accidents non déclarés sur les questionnaires de santé et dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties,

- Le suicide ou la tentative de suicide survenant au cours de la première année suivant la prise d'effet de l'adhésion ou d'une augmentation éventuelle des garanties,
- Les mutilations volontaires,
- Le fait volontaire de l'Assuré ou du(des) Bénéficiaire(s),
- Les faits de guerre civile ou étrangère,
- Les mouvements populaires, insurrections, émeutes, rixes, attentats, actes de terrorisme, sabotages, complots si l'Assuré y prend une part active,
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur et d'irradiations, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes. Toutefois, ces effets sont pris en charge s'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'assuré est soumis,
- La manipulation d'armes, de produits inflammables ou toxiques, d'artifices ou d'engins explosifs,
- L'usage de drogues, de stupéfiants, de produits médicamenteux ou de substances analogues à doses non prescrites médicalement,
- L'accident de la route survenu alors que l'assuré conduisait et avait une alcoolémie supérieure au maximum fixé par le Code de la Route en vigueur au jour du sinistre,
- L'alcoolisme chronique de l'Assuré, ainsi que ses manifestations secondaires,
- L'accident survenu lors d'un déplacement professionnel hors des pays suivants : pays de l'Union Européenne, Association Européenne de Libre Echange (Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse), USA, Canada, Japon, Afrique du Sud, Australie, Monaco, Nouvelle Zélande,
- La pratique de Sports exercés à titre professionnel,
- Les sports à risque cités ci-dessous :
- La pratique d'Ultra Léger Motorisé (ULM), du parapente, du vol à voile, du deltaplane, du parachutisme, du base jump, du wingsuit, du paramoteur, ou de toute activité nécessitant l'utilisation en tant que pilote ou passager, d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières habilités pour le transport public de passagers ,
- L'Accident de navigation aérienne si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité ou s'il n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet et une licence pour l'appareil utilisé, tous deux en cours de validité,
- La participation à des courses, des raids, des rallyes, des épreuves d'endurance ou de vitesse, des compétitions, des démonstrations ou essais préparatoires, nécessitant l'utilisation d'engins à moteur terrestres, aériens ou maritimes,
- Les défis, les paris, les tentatives d'exploits ou de record, ainsi que les essais préparatoires qui les précèdent,
- Le ski, le surf, le patin à glace, le hockey sur glace, les raquettes, lorsqu'ils sont pratiqués sur neige ou sur glace, ainsi que l'utilisation d'engin (motorisé ou non) circulant sur la neige ou la glace (dont la pratique du skeleton, du bobsleigh, de la motoneige, du snowscoot, de la voile sur glace). Toutefois, la pratique en amateur du patinage ainsi que la pratique en amateur sur pistes ou chemins balisés du ski alpin, du ski de fond, du monoski, du surf sur neige, de la luge ou de raquettes sont garantis,
- La pratique de la randonnée au-delà de 3 500 mètres d'altitude, l'escalade (hors structure artificielle d'escalade avec sécurité), la descente en rappel, l'alpinisme, la varappe ou le trekking,
- La pratique de la spéléologie avec ou sans plongée,

- La pratique de la plongée sous-marine à plus de 10 mètres de profondeur en apnée ou au-delà de 40 mètres de profondeur avec bouteille de mélanges gazeux,
- La pratique de la planche à voile à plus de 1 mile nautique des côtes ainsi que du yachting au-delà de 25 miles nautiques au large des côtes ainsi que du yachting en compétition,
- La pratique de l'hydrospeed, du bare-foot, du plongeur de haut vol au-delà de 15 mètres, du plongeur artistique.
- Les acrobaties, voltiges et cascades motorisées ou non,
- Le cyclisme, le VTT et le BMX lorsqu'ils sont pratiqués en compétition,
- La pratique du canyoning, du rafting, du canoë kayak en eaux vives, du street luge
- Le saut à l'élastique,

Néanmoins, les sports à risque faisant l'objet d'une exclusion, peuvent être pris en charge s'ils ont été encadrés lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que le bénéficiaire de la prestation établit que la pratique de l'activité par l'Assuré a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

Certaines de ces exclusions peuvent être levées moyennant le paiement d'une surprime.

Sont également exclus, toutes P.T.I.A., I.P.T. ou I.T.T. résultant :

- de maladie psychiatrique, de troubles anxieux, de dépression qu'elle soit endogène ou réactionnelle, du stress, de fatigue, d'épuisement, du burn-out, de complications psychiatriques des maladies somatiques, du syndrome de fatigue chronique, des troubles du comportement, de la fibromyalgie, de manifestations liées ou imputables au stress, leurs traitements et complications éventuelles, sauf si l'une de ces affections nécessite une Hospitalisation en milieu psychiatrique pour une durée minimale de 5 jours continus pendant la période d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- de toute affection disco-vertébrale concernant le rachis cervical, dorsal, lombaire ou sacré, , des lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales sauf si l'une de ces affections nécessite une Hospitalisation pour une durée minimale de 5 jours continus ou une Intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale,
- de tous traitements ou interventions esthétiques ou plastiques (autre que la chirurgie reconstructrice consécutive à une Maladie ou à un Accident), cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement, cures thermales, d'héliothérapie, thalasso-thérapie, ainsi que les séjours de repos ou de traitement dans les villes d'eau et stations balnéaires

6. LA DESIGNATION DU BENEFICIAIRE

Lors de son adhésion ou par avenant à son adhésion, l'Adhérent peut utiliser une des clauses spécifiques de la demande d'adhésion pour désigner le(s) Bénéficiaire(s) de la garantie Décès qui sera le cas échéant celui de la garantie facultative doublement en cas Décès – P.T.I.A.

L'Adhérent peut indiquer (dans la demande d'adhésion ou par avenant à son adhésion) les coordonnées du Bénéficiaire désigné qui seront utilisées par SOGECAP en cas de décès. L'acceptation du bénéfice de l'assurance par le Bénéficiaire entraîne l'irrévocabilité de celle-ci pendant la durée du contrat (article L.132-9 du Code des assurances).

L'acceptation ne peut intervenir que 30 jours révolus à compter de la date à laquelle l'Adhérent est informé que son adhésion est conclue.

L'acceptation peut être réalisée :

- par un avenant signé de SOGECAP, de l'Adhérent et du Bénéficiaire,
- par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé de l'Adhérent et du Bénéficiaire et notifié par écrit à SOGECAP.

7. LE MONTANT ET LES MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

■ Montant

Le montant de la cotisation annuelle est calculé à partir des éléments suivants :

- le montant du capital garanti en cas de décès ou de P.T.I.A.;
- le cas échéant le montant du capital garanti en cas de décès - P.T.I.A. accidentel,
- le montant mensuel de l'indemnité en cas d'I.T.T. et de la rente en cas d'I.P.T. et le Délai de franchise choisie en cas d'I.T.T. suite à Maladie,
- l'âge de l'Assuré,
- le groupe professionnel auquel appartient l'Assuré (Groupes 1, 2 et 3 définis ci-dessous).

L'âge retenu est celui de l'Assuré à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Les conditions d'acceptation de l'adhésion par SOGECAP peuvent conduire à une majoration de la cotisation annuelle sous forme de surprime.

Par ailleurs si les résultats techniques du contrat, le renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, l'application de nouvelles taxes et toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat GENEPRO venaient à être modifiés, le tarif applicable pourrait être revu. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé de cette modification par l'avis d'échéance adressé chaque année par SOGECAP ; il pourrait alors exercer sa faculté de résiliation.

Tous impôts et taxes qui s'appliquent ou s'appliqueraient à l'adhésion sont à la charge de l'Adhérent sauf dispositions légales contraires.

Définition des groupes professionnels :

Groupe 1 : professions sans travail manuel, dont professions libérales sauf paramédicaux ;

Groupe 2 : professions qui requièrent un travail manuel léger ou occasionnel sans utilisation d'outils dangereux et sans manipulation de matières dangereuses et/ou qui requièrent des déplacements à l'extérieur occasionnels, dont commerçants, paramédicaux et dirigeants d'entreprise artisanale de plus de 10 salariés ;

Groupe 3 : professions qui requièrent un travail manuel important ou fréquent, avec ou sans manipulation d'outils dangereux et/ou qui requièrent des déplacements à l'extérieur fréquents, dont artisans et dirigeants d'entreprise artisanale de moins de 10 salariés.

■ Modalités de paiement

La cotisation est payable d'avance à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion ou le premier jour ouvré suivant si c'est un jour férié.

La cotisation est annuelle. Cependant SOGECAP accorde à l'Adhérent la possibilité de la régler mensuellement, trimestriellement ou semestriellement dès lors que chaque prélèvement (quelle que soit la périodicité choisie) est supérieur ou égal à 25 EUR.

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, SOGECAP enverra à l'Adhérent une lettre recommandée avec avis de réception, informant l'Adhérent qu'en l'absence de régularisation dans un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, les garanties prendront fin à l'issue de ce délai et l'adhésion sera résiliée, conformément au Code des assurances.

8. LES MODIFICATIONS DE L'ADHESION

Pendant la période de règlement d'une prestation au titre des garanties I.T.T. et I.P.T., les garanties sont intégralement maintenues mais l'Assuré ne peut procéder à aucune modification de garantie.

■ Les modifications possibles de l'adhésion

Sur demande écrite auprès de SOGECAP, l'Adhérent peut apporter des modifications à son adhésion.

Ces modifications peuvent porter sur :

- l'augmentation ou la diminution des prestations garanties, tout en respectant les montants minimum et maximum prévus au contrat pour chacune des garanties,
- l'augmentation ou la diminution du Délai de franchise I.T.T. en cas de Maladie,
- le choix, l'abandon ou la reprise du fractionnement de la cotisation,
- le choix, l'abandon ou la reprise de la garantie facultative.

Les conditions retenues pour la mise en place de ces modifications seront celles en vigueur à la date de la demande de modification.

La demande doit parvenir à SOGECAP un mois avant la date anniversaire de la date d'effet et prendra effet à cette date anniversaire, sans condition spécifique, sauf pour l'augmentation des garanties, le choix ou la reprise de la garantie facultative et la diminution de franchise en cas de Maladie. En effet, celles-ci seront traitées comme une adhésion nouvelle pour ce qui concerne la procédure d'acceptation, en tenant compte des garanties déjà assurées.

L'augmentation des garanties, le choix ou la reprise de la garantie facultative ou la modification de franchise en cas de Maladie prendra effet à la date anniversaire de la date d'effet sous réserve de l'acceptation de la demande par SOGECAP et du paiement de la cotisation.

En cas de décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident pendant la période d'acceptation, le capital versé ne sera pas majoré du montant correspondant à la demande d'augmentation de garantie.

En cas d'I.T.T. ou d'I.P.T. de l'Assuré pendant la période d'acceptation, la modification des garanties I.T.T. et I.P.T. ne sera pas prise en compte pour cette incapacité ou invalidité.

■ Modification de Bénéficiaire en cas de décès

L'Adhérent peut à tout moment substituer un Bénéficiaire en cas de décès à un autre, étant précisé que cette substitution ne peut être opérée, sous peine de nullité qu'avec l'accord exprès du Bénéficiaire si celui-ci a accepté le bénéfice de l'opération d'assurance.

■ Modifications relatives à l'Adhérent/ Assuré

En cours d'adhésion, l'Adhérent/ Assuré s'engage à signaler à l'Assureur, toute circonstance nouvelle qui pourrait entraîner une modification du risque ou de son appréciation par l'Assureur :

- changement de situation matrimoniale (pour le conjoint collaborateur),
- changement de profession ou reprise d'activité professionnelle,

- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

à l'adresse suivante : SOGECAP – Service Prévoyance – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1, par lettre recommandée si l'Adhérent change de groupe professionnel.

La déclaration par lettre recommandée doit être adressée à SOGECAP dans les 15 jours suivant la modification du risque.

Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à l'Assureur, il pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues (article L. 113-2 du Code des assurances).

9. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le décès ou la P.T.I.A. de l'Assuré doit être déclaré le plus rapidement possible par le(s) Bénéficiaire(s).

L'I.T.T. ou l'I.P.T. de l'Assuré doit être déclarée dans un délai maximum de 90 jours suivant la date d'arrêt de travail dû à l'I.T.T. ou la date de reconnaissance de l'I.P.T., en écrivant à SOGECAP – Service Médical – A l'attention du Médecin Conseil – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1.

Les Accidents ou les Maladies qui n'auraient pas été déclarés dans ce délai, seraient considérés comme ayant leur origine au jour de la déclaration. Aucun paiement ne sera effectué si la déclaration est faite une fois que l'Assuré n'est plus en état d'I.T.T. ou d'I.P.T.

Le(s) Bénéficiaire(s) doit(vent) transmettre dans les meilleurs délais à SOGECAP – Service Médical – A l'attention du Médecin Conseil – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1, les pièces suivantes :

■ En cas de décès de l'Assuré :

- tout document permettant de rapporter la preuve de l'adhésion de l'Assuré au présent contrat,
- la déclaration de décès sur modèle de l'assureur ;
- l'extrait de l'acte de décès de l'Assuré,
- le certificat médical ad hoc sur modèle de SOGECAP dûment complété par le médecin traitant de l'Assuré ou, à défaut, par le médecin ayant constaté le décès,
- en cas de décès consécutif à un Accident : toute pièce établissant que le décès résulte d'un accident (procès-verbal de gendarmerie, coupure de presse),
- le cas échéant, les coordonnées du notaire chargé de la succession,
- extrait d'acte de naissance du(des) Bénéficiaire(s) de(s) la rente(s) personne(s) physique(s),
- demande de règlement signée par chaque Bénéficiaire accompagnée d'un RIB,
- la copie de l'avis d'imposition du Bénéficiaire pour les années N-1, et N-2
- et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

Le capital destiné au(x) Bénéficiaire(s) personne(s) physique(s) est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement du capital, ou le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.132-27-2 du Code des assurances.

Le taux de revalorisation appliqué ne pourra être inférieur au taux minimum défini par l'article R. 132-3-1 du Code des assurances et sera attribué prorata temporis.

Les rentes sont payables sur présentation, chaque année, d'un extrait d'acte de naissance du(des) Bénéficiaire(s).

Le paiement de(s) la rente(s) cesse au décès du(des) Bénéficiaire(s).

■ En cas de P.T.I.A. de l'Assuré :

- tout document permettant de rapporter la preuve de l'adhésion de l'Assuré au présent contrat,
- la déclaration ad hoc de P.T.I.A. sur modèle de l'assureur
- le certificat médical sur modèle de SOGECAP dûment complété par le médecin traitant de l'Assuré,
- tout rapport médical attestant de la date de consolidation de la P.T.I.A.,
- en cas de P.T.I.A. consécutive à un Accident : toute pièce établissant que la P.T.I.A. de l'Assuré résulte d'un Accident (procès-verbal de gendarmerie, coupure de presse),
- et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

Lorsque le capital garanti est versé sous forme de rente, cette dernière est payable sur présentation, chaque année, d'un extrait d'acte de naissance du Bénéficiaire. Le paiement de la rente cesse au décès de l'Assuré.

■ En cas d'I.T.T. ou d'I.P.T. de l'Assuré :

- tout document permettant de rapporter la preuve de l'adhésion de l'Assuré au présent contrat,
- le certificat médical sur modèle de SOGECAP, fixant la date de début d'arrêt de travail, sa cause (Accident ou Maladie) et sa durée prévisible ou certificat médical sur modèle de l'Assureur, attestant que l'Assuré est en état d'invalidité,
- en cas de prolongation de l'arrêt de travail, un certificat attestant du maintien en arrêt de travail,
- pour le travailleur non salarié, une copie de l'extrait du Registre du Commerce, antérieure à la date d'arrêt de travail ou une copie du jugement prononçant la liquidation judiciaire datant de moins de 1095 jours,
- pour le conjoint collaborateur, une copie du document d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Centre de Formalités des Entreprises, précisant qu'il est conjoint collaborateur,
- tout document permettant de rapporter la preuve que l'Assuré est affilié auprès de la caisse ou du Régime obligatoire de Sécurité sociale des travailleurs non-salariés non agricoles de prévoyance et de retraite,
- la copie de l'avis d'imposition de l'Assuré pour les années N-1 et N-2, et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

Dans tous les cas, SOGECAP se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque en désignant, si besoin est, un expert médical, les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposant pas à lui.

L'indemnisation au titre du présent contrat est versée à l'Assuré ou au(x) Bénéficiaire(s) sous condition de la réception par SOGECAP de l'ensemble des pièces énumérées ci-dessus ou, en cas d'expertise, après l'accord des parties.

Tous impôts et taxes qui s'appliquent ou s'appliqueraient lors du règlement des prestations sont à la charge du bénéficiaire des prestations sauf dispositions légales contraires.

10. EXPERTISE MEDICALE ET TIERCE EXPERTISE

Dans tous les cas, SOGECAP se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites ;
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés,
- de faire contrôler, à ses frais l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Dès lors, la prise en charge sera suspendue jusqu'à obtention du rapport d'expertise médicale. Si l'expertise médicale n'a pu être effectuée du fait intentionnel de l'Assuré, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.

Les documents pourront être adressés, sous pli confidentiel, au Médecin Conseil de SOGECAP.

En cas de contestation d'ordre médical entre SOGECAP et l'Assuré en cas de sinistre, les parties pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers expert, qui faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal Judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond ou du Tribunal de Commerce dans le ressort duquel se trouve le lieu de résidence de l'Assuré.

Chaque partie réglera les honoraires de son médecin. Ceux du 3^{ème} médecin, ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination seront supportés par chacune des parties à parts égales. Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par SOGECAP devront avoir lieu en France Métropolitaine ou Monaco.

Les pièces émanant de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'invalidité par SOGECAP.

11. LA RENONCIATION

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement, si dans les 30 jours calendaires révolus, à compter de la date à laquelle il est informé que le contrat est conclu.

A cet effet, il doit adresser à SOGECAP une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, adressé(e) à : Centre Relation Client – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1, ou svp.sogecap@socgen.com, rédigé(e) par exemple selon le modèle suivant :

« Monsieur le Directeur général,
Désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion GÉNÉPRO n° effectuée en date du, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mon versement de, et ce, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente.

Date et Signature »

La date d'envoi de la lettre de renonciation met fin à l'adhésion au contrat ainsi qu'à la garantie temporaire, accordée entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'acceptation en cas de décès accidentel ou de P.T.I.A. accidentelle de l'Assuré.

L'Adhérent dispose d'un nouveau délai de renonciation de 30 jours à compter du prélèvement de la surprime au cas où celle-ci serait appliquée au terme de la procédure d'acceptation.

12. INFORMATION DE L'ADHERENT

Après enregistrement et acceptation de l'adhésion, l'Adhérent recevra un certificat d'adhésion qui matérialisera son adhésion au contrat GÉNÉPRO.

Puis, SOGECAP adressera chaque année, avant l'échéance annuelle de l'adhésion, un avis d'échéance indiquant le montant de la prochaine cotisation.

13. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE – RECLAMATION – TRIBUNAUX COMPETENTS

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Adhérent et l'Assuré, sont régies par la législation française, et notamment le Code des assurances. L'Assureur, le Distributeur, le Souscripteur, l'Adhérent-l'Assuré s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles.

Le lieu de conclusion du contrat est réputé être le lieu du siège social de l'Assureur.

Toute réclamation est à adresser à SOGECAP – Centre Relation Client – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1
Tél : 09 69 362 362 (numéro non surtaxé) ;
Fax : 02 38 79 54 54,

SOGECAP s'engage à répondre à la demande sous 10 jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire, SOGECAP accusera réception dans ces 10 jours et une réponse définitive sera apportée dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception de la demande.

Si un désaccord persistait et dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réception de la demande écrite adressée SOGECAP, l'Adhérent pourra demander l'avis de la Médiation de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 – 75441 PARIS CEDEX 09 ; Fax : 01 45 23 27 15 ;

<https://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>.

La « charte de la médiation » de l'Assurance est disponible sur le site www.ffa-assurance.fr. Et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance. L'Adhérent et l'Assuré peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'il peut formuler à l'Assureur, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Direction du contrôle des pratiques commerciales – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex.

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - art. L. 423-1 du Code des assurances) ainsi qu'un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

14. LA RESILIATION DE L'ADHESION

■ Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut à tout moment demander à résilier son adhésion en adressant une lettre recommandée à SOGECAP - Service Prévoyance – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1 ; ou un envoi recommandé électronique à l'adresse suivante : svp.sogecap@socgen.com.

La résiliation prendra effet à l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la demande de résiliation, sous réserve que celle-ci soit parvenue à SOGECAP au plus tard un mois avant la date d'échéance.

■ Résiliation à l'initiative du Souscripteur ou de l'Assureur

Le Souscripteur ou l'Assureur peuvent demander la résiliation du Contrat si :

- l'Adhérent ne paie pas la cotisation due au titre de son adhésion dans les conditions prévues au sein de la présente Notice d'Information.
- l'Adhérent perd sa qualité de membre de l'Association APOGEE ou de conjoint-collaborateur. L'Adhérent perd son statut de travailleur non salarié non agricole.

L'Adhérent qui, en cours d'adhésion, perd son statut de travailleur non salarié non agricole ou son statut de conjoint-collaborateur, doit en informer l'Assureur dans un délai de trente jours à compter de la survenance de ce changement, par lettre recommandée avec avis de réception.

L'adhésion au présent Contrat ne pouvant être maintenue, elle sera résiliée à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

■ Résiliation de plein droit

En tout état de cause, le contrat cesse au plus tard au premier des événements suivants :

- le jour du décès de l'Assuré,
- à l'échéance annuelle qui suit la résiliation du Contrat collectif par le Souscripteur ou l'Assureur, l'Adhérent devant en être informé au moins 3 mois avant le terme de l'adhésion.
- En cas de résiliation du contrat par SOGECAP ou par l'Association APOGÉE, les garanties accordées seraient maintenues aux adhésions en cours, dans les mêmes conditions de fonctionnement du contrat GÉNÉPRO. Les Adhérents seraient informés de cette résiliation par écrit au plus tard un mois avant la date de non-renouvellement et un nouvel interlocuteur leur serait indiqué.

Dans ces trois hypothèses, l'Assureur sera tenu au remboursement à l'Adhérent de la portion de cotisation non couverte à la suite de la résiliation (remboursement au prorata temporis) le cas échéant.

15. DELAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action concernant le contrat relatif à la présente Notice d'information et émanant de l'Adhérent ou de l'assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle.

Toutefois, ce délai ne court, 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 la 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.

Lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent, le délai est porté à dix ans.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions ci-dessus, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

D'autre part,

- conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. L'assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec accusé réception pour interrompre la prescription.
- conformément à l'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.
- conformément à l'article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- conformément à l'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.

- conformément à l'article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- conformément à l'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.
- conformément à l'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.
- conformément à l'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.
- conformément à l'article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution

16. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Ce paragraphe a pour objectif d'informer l'Adhérent et l'Assuré de la manière dont les informations personnelles sont collectées et traitées par la société SOGECAP (ci-après dénommée « Nous »), en tant que responsable de traitement.

Les compagnies d'assurance de SOCIETE GENERALE ASSURANCES ont nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes : dpo.assurances@socgen.com ou SOCIETE GENERALE ASSURANCES / SOGECAP – Délégué à la Protection des données Société Générale Assurances – 17 bis Place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

16.1. Pourquoi collectons-nous les données personnelles ?

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion, les données personnelles que nous collectons sont nécessaires à :

- l'identification de l'Adhérent, l'identification des Assurés et des bénéficiaires,
- l'examen, l'acceptation, la tarification, la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et la gestion des adhésions et des éventuels sinistres,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- la gestion des recours, des réclamations et des contentieux,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits indiqués au paragraphe « quels sont les droits de l'assuré et l'adhérent? »,
- la réalisation d'études actuarielles et statistiques.

Les données sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Pour apporter les meilleurs services à l'Adhérent et à l'Assuré et continuer de les améliorer, nous traitons les données dans le cadre de :

- la mise en place d'actions de prévention,
- la gestion de notre relation commerciale afin de réaliser des animations commerciales telles que des actions de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages.

Dans notre intérêt légitime, nous utilisons également les données pour proposer des offres commerciales pour des produits et services de Société Générale Assurances analogues ou complémentaires à ceux souscrits, personnalisés selon ses besoins, ainsi que celles de nos partenaires. L'Adhérent ou l'Assuré peuvent s'y opposer à tout moment ou modifier leurs choix (cf. article « quels sont les droits de l'Adhérent et l'Assuré ? »).

Afin de préserver la mutualité de nos Assurés et dans l'intérêt légitime de l'Adhérent et de l'Assuré, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Cette inscription pourra entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités de Société Générale Assurances.

16.2. Qui peut accéder aux données ?

Les données personnelles sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et exécution de chacune des garanties, à nos délégataires de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités de Société Générale Assurances dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations.

Des informations concernant l'Adhérent et l'Assuré peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, Assuré, et Bénéficiaire de l'adhésion, et leurs ayants droits et représentants, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne.

Les données de santé que nous pouvons être amenés à traiter sont destinées à notre Médecin conseil, à son service médical travaillant au sein d'une bulle de confidentialité, ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégataires ou experts médicaux et, le cas échéant, nos réassureurs). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

16.3. Dans quels cas transférons-nous les données hors de l'union européenne ?

Les données nécessaires à l'exécution de l'adhésion peuvent être transférées dans le cadre de l'exécution des adhésions, de la gestion des actions ou contentieux liés à l'activité de l'entreprise vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen, dont les législations en matière de protection à caractère personnel diffèrent de celles de l'Union Européenne.

Par ailleurs, en raison notamment de la dimension internationale du Groupe Société Générale auquel appartient le responsable de traitement et des mesures prises pour assurer l'utilisation et la sécurité des réseaux informatiques, les traitements visés au paragraphe « pourquoi collectons-nous les données ? » sont susceptibles d'impliquer des transferts de données à caractère personnel vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen.

Dans ces cas, les transferts des données bénéficient d'un cadre précis et exigeant (clauses contractuelles types, décision d'adéquation accessibles sur le site de la CNIL « transférer des données hors UE »), conforme aux modèles adoptés par la Commission européenne, ainsi que des mesures de sécurité appropriées.

16.4. Combien de temps sont conservées les données personnelles ?

Sauf précision apportée dans la demande d'adhésion, les données à caractère personnel sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

16.5. Quels sont les droits de l'adhérent et l'assuré ?

L'Adhérent et l'Assuré disposent d'un droit :

- d'accès (possibilité de demander si et quelles informations nous détenons),
- de rectification (possibilité de demander la rectification des informations inexacts leur concernant),
- d'effacement (possibilité de demander la suppression des données dès lors que certaines conditions sont remplies),
- de limitation du traitement,
- à la portabilité des données.

L'Adhérent et l'Assuré peuvent également :

- définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès,
- retirer leur consentement si le traitement de leurs données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peuvent entraîner l'impossibilité pour SOGECAP de fournir ou d'exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit.

L'Adhérent et l'Assuré bénéficient du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à leur situation particulière, à ce que des données à caractère personnel leurs concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en œuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de la situation devra être clairement argumenté,
- sans avoir à motiver les demandes, à ce que les données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale,
- à des opérations de prospection par téléphone en inscrivant l'Adhérent et l'Assuré sur la liste d'opposition selon les modalités décrites sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante : Société Opposetel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000 Troyes. Ils ne pourront plus être démarchés téléphoniquement par SOGECAP ou l'un de ses partenaires sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de l'identité :

Par lettre simple à l'adresse suivante : SOCIETE GENERALE ASSURANCE / SOGECAP – Direction de la Conformité – Service Protection des données – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris la Défense Cedex ou depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site :

<https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donnees-personnelles..>

Afin de permettre un traitement efficace de la demande, nous remercions l'Adhérent et l'Assuré d'indiquer clairement le droit qu'ils souhaitent exercer ainsi que tout élément facilitant leur identification (numéro d'Assuré/d'Adhérent, numéro de contrat)

Ils ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour mieux connaître les traitements mis en œuvre par les entités de Société Générale, la politique de protection des données est accessible à l'adresse suivante :

<https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donnees-personnelles>

16.6. Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

SOGECAP pourra procéder à l'enregistrement des conversations et des échanges avec le ou les collaborateurs assurant la gestion des adhésions, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc.) aux fins d'amélioration de la qualité de service.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Si l'Adhérent ou l'Assuré souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, ils peuvent en faire la demande par courrier adressé à SOGECAP – Monsieur Le Directeur de la Relation Client – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex.

17. LA MODIFICATION DU CONTRAT

En cas de modification du contrat collectif GÉNÉPRO souscrit par l'Association APOGÉE auprès de SOGECAP, les Adhérents seraient informés par écrit des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances.

18. RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Si l'Adhérent désire de plus amples informations, il peut s'adresser à l'agence qui a recueilli son adhésion. Il peut sur simple demande, obtenir un exemplaire des conditions générales du contrat en écrivant à :

SOGECAP – Service Prévoyance – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1,
ou par téléphone au : 09.69.362.362 (coût d'un appel local – Fax : 02.38.79.54.54.

L'Association APOGÉE

L'adhésion à l'Association APOGÉE - Association pour l'optimisation et la gestion de l'épargne retraite, Tour SG - 17 cours Valmy - 92972 Paris La Défense Cedex, est obligatoire pour être admissible au contrat GÉNÉPRO. L'Association a principalement pour objet de promouvoir le développement de l'épargne retraite volontaire, de la prévoyance et de la santé. Chaque membre de l'Association APOGÉE recevra au moins une fois par an, une lettre d'information précisant les résultats financiers du contrat.

SOCIETE GENERALE – Société Anonyme au capital de 1 066 714 367,50 EUR. 552 120 222 RCS Paris. Siège social : 29 boulevard Haussmann, 75009 PARIS. Immatriculation ORIAS n°07 022 493 (www.orias.fr).

Objet social : La SOCIETE GENERALE a pour objet, dans les conditions déterminées par la législation et la réglementation applicables aux établissements de crédit, d'effectuer avec toutes personnes physiques ou morales, tant en France qu'à l'étranger : toutes opérations de banque ; toutes opérations connexes aux opérations bancaires, notamment toutes prestations de services d'investissement ou services connexes visées aux articles L.321-1 et L.321-2 du Code Monétaire et financier ; toutes prises de participation. La SOCIETE GENERALE peut également à titre habituel, dans le cadre des conditions définies par le Comité de la réglementation bancaire et financière, effectuer toutes opérations autres que celles visées ci-dessus, notamment le courtage d'assurance. D'une façon générale, la SOCIETE GENERALE peut effectuer, pour elle-même et pour le compte de tiers ou en participation, toutes opérations financières, commerciales, industrielles ou agricoles, mobilières ou immobilières pouvant se rapporter directement ou indirectement aux activités ci-dessus ou susceptibles d'en faciliter l'accomplissement.

SOGECAP – Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 263 556 110 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances – 086 380 730 RCS Nanterre. Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex. Adresse de correspondance : SOGECAP – Centre Relation Client – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1 – TEL : 09.69.362.362 (coût d'une communication locale depuis une ligne fixe. Coût variable selon opérateur)

Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 – CONVENTION D'ASSISTANCE GENEPRO CONTRAT n°922564

BESOIN D'ASSISTANCE ?

- ▶ **Contactez-nous (24/24)**
au 01.40.25.53.32
accessibles 24h/24 et 7j/7
sauf mention contraire dans le corps de la convention
Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)
- ▶ **Veillez nous indiquer :**
 - Le nom et le numéro du contrat souscrit : 922564
 - 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 sont assurées par :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 € – 479 065 351 RCS Paris

Siège social : 2, rue Fragonard – 75017 Paris

Entreprise régie par le Code des assurances

et 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 désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** ».

1. EVENEMENTS GARANTIS

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

- Les prestations décrites à l'article 5.1 « SERVICES A LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 5.2 « INCAPACITE OU INVALIDITE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE » sont délivrées en cas de survenance d'une Incapacité ou d'une Invalidité en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Bénéficiaire.

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

2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

SERVICES A LA PERSONNE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Services à la personne	Mise en relation sans prise en charge	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestations rendues par téléphone exclusivement. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.

INCAPACITE OU INVALIDITE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ASSISTANCE A DOMICILE		
Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par événement garanti.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 400 € TTC	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	La prise en charge est limitée à 1 fois par événement garanti.
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	
Accompagnement psychologique	3 entretiens par téléphone et/ou 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80€ TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance

ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL		
Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
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 Incapacité ou Invalidité. Prestations limitées à une durée maximum de 12 mois.
Aide au retour à l'emploi ou Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle.	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance et/ou 10 heures maximum de consultation auprès d'un cabinet Prestataire organisée par Mondial Assistance.	
Entretiens de suivi et de coaching	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	

COMPLEMENT EN CAS DE SEQUELLES HANDICAPANTES		
Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Assistance à l'aménagement du Lieu de travail	Illimité	L'audit du Lieu de travail est réalisé 1 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
Assistance à l'aménagement du Domicile	Illimité	L'audit de l'habitat est réalisé 1 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.

3. VALIDITE DE LA CONVENTION

- **Validité territoriale**

Les prestations sont délivrées en France uniquement.

- **Durée de validité**

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat « **GENEPRO** » et de l'accord liant SOGECAP et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance « **GENEPRO** » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

- **Accident corporel**

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

- **Bénéficiaire**

Le terme « Bénéficiaire » se réfère : à la personne physique assurée par le contrat GENEPRO (le « Bénéficiaire assuré »),

- **Conjoint**

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

- **Domicile**

Le Domicile peut être le lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

- **Enfants**

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

- **France**

France métropolitaine, où se situe le Domicile ou le Lieu de travail.

- **Hébergement**

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

- **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.

- **Lieu de Travail**

Nous entendons par lieu de travail les différents endroits où les Bénéficiaires sont amenés à exercer leur profession habituelle (locaux professionnels, à domicile, chez un tiers...) situé en France.

- **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.

- **Membre de la famille dépendant à charge**

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

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

▪ **Perte Totale Et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)**

Tout état physique ou mental du Bénéficiaire le rendant définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 6 Actes ordinaires de la vie quotidienne (la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement, les transferts)

▪ **Prestataire**

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

▪ **Proche**

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

▪ **Séquelle 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.

▪ **Transport**

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

5. PRESTATIONS

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

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

5.1 SERVICES A 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 :

▪ **Services à la personne**

Mondial Assistance peut :

- fournir au Bénéficiaire toute l'information sur les services à la personne,
- mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

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

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

5.2 INCAPACITE OU INVALIDITE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ASSISTANCE A DOMICILE

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

▪ **Evaluation des besoins et recommandations**

Telle que décrite au 5.3 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

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

Telle que décrite au 5.3 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

- Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant.

- Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

▪ **Accompagnement psychologique**

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

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 2 « RESUME 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.

ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL

Lorsque le Bénéficiaire est 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 « RESUME 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**

Accompagnement personnalisé :

Formation aux outils et techniques de recherche d'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

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 17h00 (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.

COMPLEMENT EN CAS DE SEQUELLES 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 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

▪ Assistance à l'aménagement du Lieu de travail

Mondial Assistance fournit :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes professionnelles,
- un audit par un Prestataire pour évaluer la conformité du Lieu de travail à ses nouveaux besoins, les aménagements nécessaires et le coût des travaux associés,

La situation des Bénéficiaires occupant un poste présentant certaines spécificités et/ou risques importants (type postes industriels...) sera étudiée au cas par cas.

▪ 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.

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

5.3 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

▪ Evaluation des besoins et recommandations

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

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

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

▪ Enveloppe de services et d'aide à Domicile

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

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

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

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'événement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

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

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

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

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

Transport

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

Aide à Domicile

Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

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

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

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

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

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

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

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

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

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

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

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

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

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

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

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

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

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants

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

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

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

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

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

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **ASSISTANCE A DOMICILE** » de l'article 5.2.1.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

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

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

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

Fermeture du Domicile quitté en urgence

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

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

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

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

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

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

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

Livraison de courses

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

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

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
 - coiffeur,
 - prothésiste capillaire,
- y compris ceux réalisés à domicile.

6. RESPONSABILITE

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les 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 GENERALES

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 le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits 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 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 corporel 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 : le kite-surf, le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, le delta-plane, planeur, parapente, toute activité de parachutisme ainsi que tout sport effectué avec ou à partir d'aéronefs ultralégers motorisés au sens du Code de l'aviation civile ;
- 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).

8. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

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

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

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 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 Mondial Assistance le tiendrait informé.

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

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

9. COMPETENCE JURIDICTIONNELLE

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

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

10. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance **sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

▪ Article L114-2 du Code des assurances
« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

▪ Article L114-3 du Code des assurances
« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

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

11. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

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

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

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

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

12. AUTORITE DE CONTROLE

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

13. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

La Convention est régie par la loi française.

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

Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe

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

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

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

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

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

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

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

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

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

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

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
<ul style="list-style-type: none">Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'événement garanti et du montant des indemnisations à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	<ul style="list-style-type: none">Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
<ul style="list-style-type: none">Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	<ul style="list-style-type: none">Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
<ul style="list-style-type: none">Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	<ul style="list-style-type: none">Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
<ul style="list-style-type: none">À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	<ul style="list-style-type: none">Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
<ul style="list-style-type: none">Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	<ul style="list-style-type: none">Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
<ul style="list-style-type: none">Pour la gestion du recouvrement de créances	<ul style="list-style-type: none">Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
<ul style="list-style-type: none">Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	<ul style="list-style-type: none">Non. Il est entendu que la détection et la de lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

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

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

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

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, co-entreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

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

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

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

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

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées,
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles,
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes,
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment,
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services,
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur,
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Comment nous contacter ?

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

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

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

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