

Notice d'information

Super Novaterm Prévoyance

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative

SUPER NOVATERM PREVOYANCE

Note d'information - NISNP11

(Ce document répond aux exigences des articles L.132-5-2 et A.132-4 du Code des assurances)

Cette note reprend les dispositions essentielles du contrat SUPER NOVATERM PREVOYANCE de MetLife dont la Notice d'information est remise à l'Adhérent avec son bulletin d'adhésion.

NI SNP Juin 2026

Caractéristiques du contrat

SUPER NOVATERM PREVOYANCE, dont le numéro est 871.1183, est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative et relevant de la branche 20 (Vie-Décès) et destiné à la prévoyance des particuliers et des professionnels. Ce contrat est assuré par l'Assureur MetLife et est régi par le Code des Assurances.

A. Définition contractuelle des garanties offertes

🕒 Garantie de base

L'objet du contrat est de garantir, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré pendant la période de validité des garanties, le versement par MetLife des prestations garanties à la date de survenance du sinistre, telles qu'indiquées au Certificat d'Adhésion du contrat ou au dernier avenant venu le modifier, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), sous réserve des exclusions visées à l'Article III.H de la Notice d'information.

Si la personne assurée a demandé à bénéficier des dispositions de la loi Madelin, les prestations garanties seront nécessairement versées sous forme de rente viagère calculée en fonction des tables de mortalité en vigueur à la date du décès, du taux technique maximum autorisé par la réglementation à cette date, et de l'âge du Bénéficiaire concerné.

🕒 Garanties facultatives

Lors de l'adhésion, l'Adhérent peut opter pour des garanties facultatives, à savoir la garantie Rente Education (RE), la garantie Rente de Conjoint (RC), la garantie Maladies Redoutées (MR), la garantie Invalidité Permanente et Totale (IPT), la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP), la garantie Invalidité Professionnelle (IP), la garantie Doublement Accident (DA), les Indemnités Journalières (IJ) incluant l'Exonération des cotisations (Exo) en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) la garantie Frais Généraux (FG) et la garantie Capital Reconversion (CR).

→ **La garantie Rente Education (RE)** intervient en cas de décès de l'Assuré. Son montant est calculé en pourcentage du montant indiqué au Certificat d'Adhésion. MetLife verse une rente trimestrielle, à terme échu, **plafonnée à 2 000 € par mois par enfant.**

→ **La garantie Rente Conjoint (RC)** intervient en cas de décès de l'Assuré. Son montant est celui indiqué au Certificat d'Adhésion. MetLife verse une rente trimestrielle, à terme échu, **plafonnée à 5 000 € par mois.**

→ **La garantie Maladies Redoutées (MR)** intervient lorsque l'Assuré est atteint d'une maladie ou subit une intervention chirurgicale visée à l'Article III.C.c de la Notice d'Information. Après un délai de survie de 30 jours à compter de la date du diagnostic ou de l'intervention, MetLife verse le capital indiqué au Certificat d'Adhésion, **plafonné à 80 000 €.** Un délai d'attente de 90 jours est appliqué à la garantie Maladie Redoutée, période pendant laquelle toute maladie ou toute intervention chirurgicale subie, ou recommandée par une autorité médicale, ne donnera pas lieu à indemnisation.

→ **La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)** intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit. La prestation est le versement par MetLife, au jour de la consolidation de l'IPT, soit du capital assuré, soit d'une rente mensuelle indemnitaire ou forfaitaire selon le choix de l'Assuré. La prestation en capital est égale au maximum au capital décès, **plafonné à 5 000 000 € par personne assurée** au sein de MetLife pour les formules Personne Clé et Associés et **plafonné à 1 000 000 € par personne assurée** au sein de MetLife pour les formules Famille et Professionnels.

Lorsque la prestation est sous forme de rente mensuelle indemnitaire, la rente est **plafonnée à 30 000 €**, déduction faite des prestations du Régime Obligatoire. Lorsqu'elle est sous forme de rente forfaitaire, la rente mensuelle est **plafonnée à 9 000 €.**

→ **La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)** intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer à temps plein son activité professionnelle lui procurant gain et profit. La prestation est le versement par MetLife d'une rente mensuelle soit indemnitaire, soit forfaitaire.

→ **La garantie Invalidité Professionnelle (IP)**, pour les professions médicales, paramédicales et réglementées, intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'incapacité définitive d'exercer son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, à temps plein ou à temps partiel selon son degré d'invalidité. La prestation est le versement par MetLife d'une rente mensuelle soit indemnitaire, soit forfaitaire.

Pour les garanties Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Invalidité Professionnelle (IP), lorsque la prestation est indemnitaire, la rente mensuelle est **plafonnée à 30 000 €**, déduction faite des prestations du Régime Obligatoire ; lorsqu'elle est forfaitaire, la rente mensuelle est **plafonnée à 9 000 €.**

→ **La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)** intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, de se livrer à son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit. Dans le contrat SUPER NOVATERM PREVOYANCE, deux prestations distinctes sont versées :

1. **Indemnités Journalières (IJ)** : après une période de franchise de 15, 30, 90, 180 ou 365 jours (au choix de l'Assuré) à compter de l'arrêt de travail, et dès lors que l'Incapacité Temporaire Totale survient après l'expiration d'un Délai d'Attente éventuellement appliqué selon l'origine du sinistre, MetLife verse des IJ forfaitaires ou indemnitaires selon le choix de l'Assuré. Lorsque l'Indemnité Journalière est indemnitaire, son montant est **plafonné à 1000 € par jour et par personne assurée chez MetLife**, en tenant compte des sommes versées par le Régime Obligatoire. Autrement dit, MetLife complète le revenu jusqu'à un **maximum de 1000 € par jour**, en déduisant le montant reçu des régimes obligatoires. Lorsque l'Indemnité Journalière est forfaitaire, son montant **est plafonné à 300 € par jour et par personne assurée**. Les Indemnités Journalières sont versées au maximum jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ou jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail pour la formule Personne Clé et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Et

2. **Exonération des Cotisations (EXO)** : MetLife rembourse les cotisations d'assurances versées au prorata de la période d'Incapacité Temporaire Totale après un délai de franchise de 15, 30, 90, 180 ou 365 jours (selon le choix de l'Assuré pour la garantie Incapacité Temporaire Totale) jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail au maximum ou jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail pour la formule Personne Clé et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

→ **La garantie Frais Généraux (FG)** a pour objet le versement à l'entreprise adhérente d'une prestation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de la personne assurée, dans la limite du montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion.

Lorsque la garantie Frais Généraux est souscrite en complément de la garantie facultative ITT, l'indemnisation se fera dans les mêmes conditions de définition de l'ITT, franchise et Délai d'Attente tels que définis à l'Article III.D.a de la Notice d'Information, et **dans la limite de 1200 € par jour au cumul des prestations versées au titre des garanties Frais Généraux et ITT**.

Lorsque la garantie Frais Généraux est souscrite sans la garantie facultative Incapacité Temporaire Totale, l'indemnisation intervient après la période de franchise indiquée au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail de l'Assuré, dès lors que l'arrêt de travail survient après l'expiration d'un Délai d'Attente éventuellement applicable selon l'origine du Sinistre, **dans la limite de 600 € par jour**.

→ **La garantie Capital Reconversion** : MetLife verse un capital en cas d'Invalidité Permanente Totale d'Invalidité (IPT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Invalidité Professionnelle (IP) de l'Assuré dont le montant est indiqué dans le Certificat d'Adhésion, **plafonné à 75 000 €**.

B. Exclusions



Il est très important que l'Adhérent lise attentivement la Notice d'information du contrat d'assurance SUPER NOVATERM PREVOYANCE qui lui est remise avec son bulletin d'Adhésion et au sein desquelles sont détaillées les exclusions de la garantie de base et des garanties facultatives (cf. Article III.H de la Notice d'information).

C. Durée du contrat

L'adhésion au contrat SUPER NOVATERM PREVOYANCE est conclue pour une durée courant jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. A l'issue de cette période, elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction aux conditions visées dans le Certificat d'Adhésion.

En aucun cas, le contrat ne peut être renouvelé au-delà de l'échéance annuelle suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

D. Modalités de versement des cotisations

Le montant des cotisations figure au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant venu le modifier. L'engagement de l'Adhérent porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues. Les cotisations sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation. L'Adhérent a le choix entre un paiement par cotisations annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

E. Délai et modalités de renonciation au contrat – Résiliation

🕒 Renonciation

Conformément aux dispositions de l'article L. 132-5-1 du Code des Assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion, dans les trente (30) jours qui suivent le moment où il est informé que l'adhésion est conclue.

La demande de renonciation peut être notifiée par tous moyens, en particulier via le site internet de l'Assureur (www.metlife.fr) ou par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :



Kereis France
MetLife – Gestion SNP
CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance groupe SUPER NOVATERM PREVOYANCE N° _____ du ____/____/____ et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la cotisation versée, soit _____ €.

Fait à _____, le ____/____/____ Signature _____ »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du contrat SUPER NOVATERM PREVOYANCE et la restitution de l'intégralité des sommes versées par l'Adhérent dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

🕒 Résiliation

L'Adhérent peut mettre fin à l'adhésion au Contrat moyennant un préavis de 2 mois, chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion au Contrat, dans les formes prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Toute notification de résiliation par courrier, doit être adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :



Kereis France
MetLife – Gestion SNP
CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

L'adhésion au Contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de cotisations de la part de l'Assureur.

F. Formalités à remplir en cas de sinistre

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente (30) jours suivant la remise des pièces justificatives à fournir figurant à l'Article III.I de la Notice d'information ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

G. Informations sur les cotisations

Le montant des cotisations indiquées au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant venu le modifier, est garanti jusqu'au terme de l'adhésion au Contrat si l'objet de l'adhésion est la couverture de la Personne Clé ou des Droits de Succession. Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Procédure d'examen des litiges



Toute réclamation concernant l'adhésion au Contrat doit être adressée à :

Kereis France
MetLife – Service réclamations
CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Tel : 09 72 67 00 50 - Email : reclamations@kereisfrance.com

Un accusé de réception sera adressé dans un délai de 10 jours et l'Adhérent recevra une réponse dans un délai ne dépassant pas deux mois.

En cas de réponse non satisfaisante, un recours peut être adressé auprès du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes : [La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09](#). Le Médiateur de l'Assurance peut également être saisi en ligne au www.mediation-assurance.org

La demande auprès du Médiateur de l'Assurance doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de l'Assureur.

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits d'intenter une action en justice.



LE TRI
+ FACILE



SUPER NOVATERM PREVOYANCE

Notice d'Information

SOMMAIRE

I. PRESENTATION DE VOTRE CONTRAT	7
II. LEXIQUE	7
III. GARANTIES, OPTIONS ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE	9
A. FORMULES ET OPTIONS DU CONTRAT	9
B. LES GARANTIES DE BASE	9
a. La garantie décès	9
b. La garantie Double Effet	9
c. La garantie PTIA	9
C. LES OPTIONS AUX GARANTIES DE BASE	9
a. L'option Rente Education	9
b. L'option Rente de Conjoint	10
c. L'option Maladies Redoutées	10
d. L'option Doublement Accidentel	11
D. LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES	11
a. La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	11
b. La garantie Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP / IPT)	13
c. La garantie Invalidité Professionnelle supérieure ou égale à 33% ou à 16 %	14
d. La Garantie des Frais Généraux Permanents	16
e. La garantie Capital Reconversion	17
f. L'option Extension de garantie Incapacité Temporaire Totale et/ou Frais Généraux Permanents	18
E. REVALORISATION DES RENTES D'INVALIDITE (IPP ET IPT) EN COURS DE VERSEMENT	18
F. MONTANT MAXIMUM DES GARANTIES	18
G. EVOLUTION DES COTISATIONS	19
H. QUELS SONT LES EVENEMENTS EXCLUS ?	19
I. QUELLES SONT LES FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ?	20
IV. QUI PEUT SOUSCRIRE ET BÉNÉFICIER D'UN CONTRAT SUPER NOVATERM PRÉVOYANCE ?	22
A. LES CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT SUPER NOVATERM PREVOYANCE	22
B. QUELLE EST LA DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT ?	22
C. QUAND L'ADHESION AU CONTRAT ENTRE-T-ELLE EN VIGUEUR ?	22
D. QUAND LES GARANTIES DU CONTRAT PRENNENT-ELLES FIN ?	23
V. VIE DE L'ADHESION AU CONTRAT	24
A. EVOLUTION DES REVENUS DE L'ASSURE AU COURS DE LA VIE DE L'ADHESION AU CONTRAT	24
B. AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS D'ADHESION	24
C. AJOUT OU SUPPRESSION DE GARANTIES OU OPTIONS	24
D. CHANGEMENT DE PROFESSION OU CESSATION D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	24
E. CHANGEMENT DE DOMICILE OU DE RESIDENCE	24
F. REVALORISATION DES GARANTIES	25
G. REVISION DES RENTES D'INVALIDITE EN COURS DE VERSEMENT (IPP & IPT)	25
VI. COTISATION	25
A. MONTANT ET EVOLUTION DE LA COTISATION	25
B. REGLEMENT DES COTISATIONS	25
C. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	25
VII. INFORMATIONS GENERALES	25
A. QUI CONTACTER EN CAS DE RECLAMATION ?	25
B. ARBITRAGE ET LITIGE	26
C. PRESCRIPTION	26
D. ORGANISME DE CONTROLE	26
E. TERRITORIALITE	26
F. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION	26
G. RENONCER A VOTRE ADHESION	27
H. RESILIER VOTRE ADHESION	27
I. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	27
J. E-DOCUMENTS	27
K - SANCTIONS	27
ANNEXES	28
GARANTIES DU CONTRAT	28
FORMULES ET OPTIONS DU CONTRAT	29
LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES	30
POLITIQUE DE CONFIDENTIALITE	31

I. Présentation de votre contrat

Votre contrat d'assurance prévoyance SUPER NOVATERM PREVOYANCE est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative dont le numéro est 871.1183 (ci-après le « **Contrat** »). Il est souscrit par l'association ANOVA (ci-après le « **Souscripteur** » ou l'« **Association** ») au profit des adhérents auprès de MetLife.

Le Contrat permet le versement :

- d'un capital garanti indiqué au Certificat d'Adhésion en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré (PTIA),
- d'un capital supplémentaire en cas de décès accidentel (option doublement accidentel),
- d'une rente en cas de décès : Rente Education, Rente Viagère de Conjoint,
- d'un capital en cas de Maladies Redoutées,
- des Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- d'un capital en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT),
- d'une rente en cas d'Invalidité Permanente Partielle et Totale (IPP/ IPT), Invalidité Permanente Professionnelle des Professions Médicales, Invalidité Permanente Professionnelle des Professions Paramédicales et Invalidité Permanente Professionnelle des Professions Réglementées,
- de Frais Généraux Permanents en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- et d'un Capital Reconversion en cas d'IPP, IP, ou IPT.

Votre Contrat est constitué du Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé, de la présente Notice d'information, de la proposition d'assurance signée, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au Contrat, du Certificat d'Adhésion, ainsi que de tout avenant portant modification du Contrat. Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de l'adhésion au Contrat en fonction de votre déclaration en tant qu'Assuré.

Le Contrat peut être modifié par avenant signé entre l'Assureur et l'Association ; l'Adhérent sera informé par l'Association avant toutes modifications apportées à ses droits ou obligations dans le respect des dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances.

Dans le cas où le contrat liant l'Association et MetLife serait résilié, les adhésions en cours continueront à bénéficier jusqu'à leur terme de l'ensemble des dispositions exposées ci-après et les prestations en cours seront servies aux conditions prévues, mais aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée. Dans ce cas, soit le Contrat d'assurance de groupe est repris par une nouvelle association, soit l'adhésion est traitée de façon individuelle selon les règles régissant les contrats d'assurance vie individuels. De la même manière, conformément à l'article L.141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de l'Association, le Contrat se poursuit de plein droit entre MetLife et les personnes antérieurement adhérentes au Contrat. Votre adhésion est alors traitée de façon individuelle selon les règles régissant les contrats d'assurance vie individuels.

II. Lexique



Quelques notions pour mieux nous comprendre :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérées comme des Accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les maladies, les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), accidents vasculaires cérébraux, si ces affections sont d'origine traumatique n'impliquant pas la responsabilité de l'Assuré.

Actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se déplacer et se nourrir.

Adhérent, Vous : Personne physique ou personne morale signant le Bulletin d'Adhésion et désignée au Certificat d'Adhésion. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au Contrat.

Assuré, Vous : Personne physique, nommément désignée au Certificat d'Adhésion, sur la tête de laquelle reposent les garanties. Le Conjoint de l'Assuré est également assuré au titre de la garantie Double Effet.

Assureur, Nous : MetLife Europe d.a.c., agissant sous le nom commercial MetLife (ci-après « **MetLife** », « **Nous** » ou l'« **Assureur** »), société d'assurance irlandaise, exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire : La(es) personne(s) physique(s) ou morale désignée(s) sur le Bulletin d'Adhésion, mentionnée(s) sur le Certificat d'Adhésion ou désignée(s) ultérieurement par l'Adhérent/Assuré sous réserve que cette désignation ait été portée à la connaissance de l'Assureur.

Conjoint :

- **si vous êtes marié(e) :** votre époux ou épouse non divorcé(e), ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ;
- **si vous êtes pacsé(e) :** votre partenaire avec lequel vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité en vigueur à la date du sinistre.
- **si vous vivez en concubinage :** votre concubin notoire pourra être considéré comme ayant la qualité de conjoint s'il est désigné comme bénéficiaire en cas de décès sur votre Certificat d'Adhésion ou le dernier avenant en vigueur et si justification de sa qualité est faite.

Couverture Associés : Elle vise à sécuriser l'entreprise où chaque associé désigne ses partenaires associés comme Bénéficiaires du Contrat. Il leur donne ainsi la possibilité de racheter tout ou partie de ses parts auprès de ses héritiers en cas de décès.

Couverture Droits de Succession : Elle permet de financer tout ou partie des droits de succession par le versement d'un capital au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par l'Assuré.

Couverture Famille : Elle permet d'assurer le niveau de vie de votre conjoint, de préserver la poursuite des études et l'avenir financier de vos enfants lors de votre décès, de réorganiser votre vie en cas d'invalidité.

Couverture Personne Clé : La Personne Clé est une personne physique, dirigeant ou collaborateur, âgée de moins de 75 ans qui joue un rôle déterminant pour la pérennité de l'entreprise. En effet, sa disparition, son indisponibilité temporaire ou définitive, peuvent remettre en cause le bon fonctionnement et l'équilibre financier de l'entreprise. Lorsque l'objet de l'adhésion est la couverture d'une Personne Clé : l'entreprise est à la fois adhérente et bénéficiaire du Contrat et l'Assuré est la Personne Clé.

Couverture Professionnels : Elle vise à couvrir toute personne ayant la qualité de :

- Gérant Majoritaire relevant des formes juridiques suivantes : SARL, SELARL, SELURL, EURL, EARL, SNC, SELCA, Sociétés à participation,
- ou de Travailleur Non Salarie : commerçant, artisan, exploitant agricole, entrepreneur individuel et auto entrepreneur, profession libérale en entreprise individuelle.

Par extension, les présidents de SAS ou SASU pourront être couverts.

Créateur : La personne qui crée une société dont il assure à la date de l'adhésion au Contrat, la gérance ou la direction depuis moins d'un an.

Cumul emploi-retraite : Le cumul emploi-retraite donne la possibilité à une personne ayant liquidé ses droits à la retraite de reprendre ou de poursuivre une activité professionnelle et de cumuler les revenus de cette activité avec ses pensions de retraite.

Date de Consolidation : Date à partir de laquelle il est considéré, par une autorité médicale, que les lésions et séquelles consécutives à un accident ou une maladie sont stabilisées et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation de l'état de santé de l'Assuré.

Délai d'Attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le Certificat d'Adhésion. Tout sinistre survenu pendant ce délai ainsi que ses suites et conséquences sont exclus des garanties.

Enfants à Charge : Sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'Assuré, de son Conjoint :

- de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 à 26 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures et étant fiscalement à charge de l'Assuré, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenus propres supérieurs à 50 % du SMIC ;
- enfants non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'Assuré verse une pension alimentaire, suite à une décision de justice ;
- enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'Assuré.

Enfant Handicapé : Enfant à Charge âgé de moins de 18 ans qui bénéficie d'une allocation de niveau 5 ou 6 telle que prévue par la législation sociale en faveur des handicapés (AEEH).

Equivalent Journalier des revenus : La moyenne des revenus professionnels imposables déclarés à l'administration fiscale au cours de 2 dernières années divisée par 360, le cas échéant la moyenne des dividendes de l'Assuré déclarés au cours des deux dernières années divisée par 360.

Frais Généraux Permanents : Il s'agit des frais qui sont supportés habituellement par l'Assuré pour l'exercice de sa profession et qui sont légalement admis comme charges d'exploitation au plan fiscal. Ils comprennent : le loyer et charges locatives des locaux professionnels, les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage et téléphone, les cotisations d'assurance, les impôts et taxes professionnels (hors TVA), les salaires et les charges afférents au personnel habituel de la personne assurée, les frais de véhicule et autres frais de déplacements, les charges sociales personnelles obligatoires de l'Assuré, les cotisations syndicales et professionnelles, les frais de location de matériel professionnel, les frais fixes et autres frais divers de gestion.

Sont exclus : les salaires, honoraires, prélèvements, profits, et autres avantages ou rémunérations de l'Assuré, les frais de remplacement de celui-ci ainsi que l'acquisition de toute matière consommable, marchandise, équipements, fournitures, installations, les capitaux empruntés et leurs amortissements, les dotations aux amortissements et aux provisions, les charges et les taxes de toutes natures sur les bénéfices.

Franchise : Période qui débute le premier jour de l'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Grossesse Pathologique : Une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et surveillé.

Hospitalisation :

- Séjour, y compris hospitalisation ambulatoire, en qualité de patient dans une clinique ou un hôpital, public ou privé, hormis séjour dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation ou dans un EHPAD,

ou

- Hospitalisation à domicile (HAD) prescrit(e) par un médecin et pris(e) en charge par le Régime Obligatoire (RO) de l'Assuré.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladies Redoutées : Cancer, Infarctus du myocarde aigu, Accident vasculaire cérébral avec séquelle(s) durable(s), Insuffisance rénale grave, Greffe d'organe majeur, Sclérose en plaques, Maladie de Parkinson avant l'âge de 65 ans, Maladie d'Alzheimer.

Montant maximum d'Indemnité Journalière assurable en ITT : 100 % de l'Equivalent Journalier des revenus de l'Assuré duquel sont déduits les montants assurés par le Régime Obligatoire professionnel de Prévoyance dont relève l'Assuré, les sommes assurées par ses éventuels Régimes Complémentaires de Prévoyance et les sommes assurées par toute(s) autre(s) assurance(s) de Prévoyance individuelle facultative détenue(s) par l'Assuré ou en cours de souscription auprès d'un autre Assureur lors de l'adhésion au présent contrat.

Rapport de remplacement : Il correspond, à la date d'adhésion (ou du dernier avenant en vigueur), au ratio entre :

1. le montant d'Indemnité Journalière relatif à la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) tel qu'indiqué au Certificat d'Adhésion ou le dernier avenant en vigueur et
2. 100 % de l'Equivalent Journalier des revenus de l'Assuré à cette même date.

Rechute : Nouvelle manifestation d'une affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au Contrat.

Régime Obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie auquel est affilié l'Assuré. C'est-à-dire la protection sociale dont il bénéficie en tant que salarié, commerçant, artisan, profession libérale, membre d'une profession indépendante ou agricole.

Régimes Complémentaires de prévoyance et autres assurances : Les régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances qui offrent une couverture supplémentaire au Régime Obligatoire de l'Assuré.

Repreneur : La personne qui reprend une société / cabinet / officine dont il assure à la date de l'adhésion au Contrat, la gérance ou la direction depuis moins d'un an.

Revenus de l'Assuré : La moyenne des revenus professionnels imposables déclarés à l'administration fiscale au cours de 2 dernières années. Pour les travailleurs non salariés, la moyenne des dividendes, perçus de manière régulière par l'Assuré, et déclarés au cours des deux dernières années et issus exclusivement de son activité professionnelle pourra être rajoutée en sus de revenus professionnels imposables. Pour les Créateurs ou Repreneurs, en l'absence de revenus l'année précédant l'adhésion au Contrat, le revenu de l'Assuré correspond aux revenus prévisionnels.

Revenu de remplacement : Il est égal à :

L'Equivalent journalier du revenu que l'Assuré a déclaré à l'administration fiscale avant la survenance de l'arrêt de travail

→ multiplié par le Rapport de remplacement défini à l'adhésion ou lors du dernier avenant en vigueur,

→ duquel sont déduites les sommes versées par le Régime Obligatoire de l'Assuré.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. Constituent un seul et même Sinistre, l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

Souscripteur : L'Association ANOVA est souscriptrice du Contrat. L'Adhérent adhère simultanément à l'Association.

Le siège social de l'Association est situé à l'adresse suivante : **52 avenue du Général de Gaulle, 92800 Puteaux** ; et son but est d'étudier et de souscrire des contrats d'assurance de groupe auprès d'entreprises d'assurance pour le compte de ses membres. Les statuts de cette Association sont tenus à votre disposition et peuvent vous être fournis à tout moment sur simple demande par lettre auprès de l'Association.

III. Garanties, options et modalités de prise en charge

A. Formules et options du contrat

Voir tableau en Annexe ci-après.

B. Les garanties de base

a) La garantie décès

MetLife verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le montant indiqué sur le Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date du décès.

Si la personne assurée a demandé à bénéficier des dispositions de la loi Madelin, les prestations garanties seront nécessairement versées sous forme de rente viagère calculée en fonction des tables de mortalité en vigueur à la date du décès, du taux technique maximum autorisé par la réglementation à cette date, et de l'âge du Bénéficiaire concerné.

La rente est payable trimestriellement à terme échu et cesse dès la survenance du décès du Bénéficiaire de la rente.

Le versement de la prestation Décès met fin à l'adhésion au Contrat pour l'ensemble des garanties sauf pour les garanties rentes de Conjoint ou d'Education.

b) La garantie Double Effet

La garantie Double Effet est incluse dans la garantie Décès. Si votre Conjoint décède simultanément ou dans les 12 mois qui suivent votre Décès, MetLife versera au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) un capital supplémentaire, à répartir entre eux par parts égales. Ce capital est égal au capital de la garantie Décès (hors Doublement Accidentel), **dans la limite de 2 millions d'euros.**

La garantie double effet ne pourra pas être déclenchée quand l'objet du Contrat vise à couvrir la Personne Clé, les droits de succession ou un ou des associé(s).

c) La garantie PTIA

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est l'Invalidité physique ou mentale mettant l'Assuré dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

MetLife verse par anticipation le capital de la garantie Décès au(x) bénéficiaires(s) désigné(s) si l'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur.

Le montant versé est celui indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de la reconnaissance de la PTIA.



Versement
y compris
lorsqu'il n'y a
pas d'enfant
à charge

Si la personne assurée a demandé à bénéficier des dispositions de la loi Madelin, les capitaux seront nécessairement versés sous forme de rente viagère calculée en fonction des tables de mortalité en vigueur à la date de reconnaissance de la PTIA de la personne assurée, du taux technique maximum autorisé par la réglementation à cette date, et de l'âge de la personne assurée atteinte de la PTIA.

La rente est payable trimestriellement à terme échu et cesse dès la survenance du décès du bénéficiaire de la rente.

Le versement de la prestation PTIA met fin à l'adhésion au Contrat sauf pour les garanties rentes de Conjoint ou d'Education.

C. Les options aux garanties de base

a) L'option Rente Education

MetLife verse en cas de Décès de la personne assurée, à chaque Enfant à Charge au jour du sinistre et figurant au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date du décès, une rente, telle que précisée dans le tableau ci-dessous :

→ Montant de la rente

Le montant de la rente versé est calculé en pourcentage du montant indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date du décès :

Âge de l'enfant	% de la rente assurée
0 - 11 ans	70 %
12 - 17 ans	80 %
18 - 26 ans (<i>si poursuite des études</i>)	100 %

→ Paiement de la rente

La rente est payable trimestriellement à terme échu, directement à l'enfant s'il est majeur ou à son tuteur légal si l'enfant est mineur.



→ Extension de la rente pour enfant handicapé

S'il est établi, à la date du décès de la personne assurée, que l'enfant bénéficiaire de la rente éducation est un Enfant Handicapé, la rente éducation sera viagère.

✔ La garantie Rente Education est accessible aux couvertures « Professionnels » et « Famille ».

b) L'option Rente de Conjoint

MetLife verse au Conjoint, en cas de Décès de la personne assurée, en supplément du capital prévu par la garantie Décès, une rente viagère.

→ Montant de la rente

Le montant annuel de cette rente est celui indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur au jour du Sinistre.

→ Paiement de la rente

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu.

✔ La garantie Rente de Conjoint est accessible aux couvertures « Professionnels » et « Famille ».

c) L'option Maladies Redoutées

MetLife verse le montant du capital indiqué au Certificat d'Adhésion si une des Maladies Redoutées garanties visées ci-après est diagnostiquée chez l'Assuré, ou si l'Assuré subit une des interventions chirurgicales garanties et définies ci-après, après un délai de survie de 30 jours à compter de la date du diagnostic ou de l'intervention.

→ Délai d'Attente

Un Délai d'Attente de 90 jours est appliqué à la garantie Maladies Redoutées. Les Maladies Redoutées garanties survenant durant le Délai d'Attente, ou les interventions chirurgicales garanties survenant ou étant recommandées par une autorité médicale durant le Délai d'Attente, ne donneront en aucun cas lieu à indemnisation.

→ Maladies Redoutées couvertes :

Le Cancer : Le diagnostic de cancer doit être confirmé sur la base d'un compte-rendu histologique. Le terme de cancer inclut les lymphomes malins et les affections malignes de la moëlle osseuse y compris les leucémies.

Insuffisance rénale grave : Insuffisance rénale chronique au stade terminal nécessitant le recours à une dialyse régulière.

Greffe d'organe majeur : Toute transplantation comme receveur d'au moins un des organes suivants : cœur, poumon, foie, rein ou pancréas, ces organes devant être d'origine humaine.

Infarctus du myocarde aigu : Diagnostic définitif d'infarctus du myocarde : insuffisance de la fonction coronarienne à l'origine d'une nécrose des cellules myocardiques, documentée de manière objective.

Le diagnostic doit être confirmé :

- par l'élévation et/ou la chute caractéristique d'un biomarqueur sérique cardiaque (Troponine I, Troponine T ou CPK-MB) atteignant un niveau supérieur ou égal au 99^{ème} percentile de la valeur de référence,
- et par au moins 2 des critères suivants :
- Symptômes coronariens aigus et signes cliniques patents caractéristiques d'un infarctus du myocarde ;
 - Modifications récentes caractéristiques à l'électrocardiogramme à type de sus ou sous décalage du segment ST, inversion de l'onde T, ondes Q pathologiques ou bloc de branche gauche ;
 - Preuves à l'imagerie d'une nouvelle perte anatomique et fonctionnelle de la fonction myocardique ou d'une nouvelle dyskinésie de la paroi cardiaque ;
 - Identification par angio-imagerie ou coronarographie d'un embol intra-coronaire. Symptômes cardiaques aigus et signes cliniques patents caractéristiques d'un infarctus du myocarde.

Chirurgie des artères coronaires : Intervention à thorax ouvert destinée à revasculariser une ou plusieurs artères coronaires à l'aide d'un ou plusieurs greffons, suite à l'occlusion d'un ou plusieurs troncs coronaires. L'occlusion doit être constatée par une angio-imagerie et l'indication opératoire doit être confirmée par un cardiologue.

Accident vasculaire cérébral avec séquelle(s) durable(s) : Nécrose du tissu cérébral, consécutive à une vascularisation inadaptée ou à une hémorragie, provoquant l'ensemble des points suivants :

- l'apparition de symptômes neurologiques nouveaux compatibles avec le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ;
- des déficits neurologiques patents nouveaux, persistant à l'examen clinique de manière durable, sur une période d'au moins 60 jours après le diagnostic ;
- des anomalies récentes apparues au scanner cérébral, ou bien à l'IRM si réalisée, compatibles avec le diagnostic.

Sclérose en plaques (SEP) : Maladie inflammatoire et démyélinisante du système nerveux central et/ou de la moelle épinière provoquant des symptômes neurologiques.

Le diagnostic formel de SEP doit être confirmé par un neurologue selon les critères cliniques de Mac Donald en vigueur selon la dernière révision publiée.

Maladie de Parkinson : Maladie de Parkinson diagnostiquée avant l'âge de 65 ans et entraînant des symptômes permanents et irréversibles. Parmi ces symptômes, l'Assuré doit présenter une altération permanente de la fonction motrice associée à un tremblement, une rigidité musculaire et une instabilité posturale. Le diagnostic précis de maladie de Parkinson doit être effectué par un neurologue.

Maladie d'Alzheimer : Diagnostic formel de maladie d'Alzheimer posé avant 65 ans caractérisé par une détérioration permanente et progressive de la mémoire et au moins d'une altération des fonctions cognitives suivantes : Aphasie (troubles du langage), apraxie (difficulté à exécuter des gestes volontaires malgré des fonctions motrices intactes), agnosie (incapacité à reconnaître des objets, des visages ou des sons malgré des organes sensoriels intactes), altération des fonctions exécutives (planification, raisonnement, attention, flexibilité cognitive).

Ces altérations cognitives doivent être suffisamment sévères pour interférer avec l'autonomie dans la vie quotidienne.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer doit être établi par un médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre spécialisé), sur la base d'une évaluation clinique approfondie et d'examens complémentaires. Une atteinte cognitive doit être objectivée par un test standardisé, comme le Mini Mental State Examination (MMSE), dont le score est habituellement inférieur ou égal à 20/30 en cas de stade modéré à sévère.

→ Limite du versement du capital Maladies Redoutées

Le capital prévu au titre de la garantie Maladies Redoutées ne Vous sera versé qu'une seule fois durant la vie de votre adhésion au Contrat.

✔ La garantie Maladie Redoutée est accessible aux couvertures « Professionnels » et « Famille ».

d) L'option Doublement Accidentel

MetLife verse, au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s), un capital supplémentaire d'un montant égal à celui prévu par la garantie Décès, **dans la limite de 2 millions d'euros**. La prestation sera versée en cas de Décès ou PTIA de l'Assuré **survenant dans les 12 mois suivant un accident à condition que le Décès ou la PTIA en soit la conséquence directe**.

Si la personne assurée a demandé à bénéficier des dispositions de la loi Madelin, les capitaux seront nécessairement versés sous forme de rente viagère calculée en fonction des tables de mortalité en vigueur à la date du décès ou de reconnaissance de la PTIA de la personne assurée, du taux technique maximum autorisé par la réglementation à cette date, et de l'âge du bénéficiaire de la rente.

La rente est payable trimestriellement à terme échu et cesse dès la survenance du décès du bénéficiaire de la rente.

✔ Le Doublement Accidentel est accessible aux couvertures « Professionnels » et « Famille ».

D. Les garanties complémentaires

a) La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

L'Incapacité Temporaire Totale (ITT) est l'Incapacité, médicalement reconnue, mettant temporairement l'Assuré dans l'impossibilité complète et continue, par la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti, de se livrer à son activité professionnelle, même à temps partiel (hors temps partiel thérapeutique). L'Assuré ne doit exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction susceptible de lui procurer gain ou profit.

L'Incapacité Temporaire Totale n'est pas accessible au contrat dont l'objet concerne les Droits de Succession et couverture Associés.

→ Indemnités journalières :

MetLife verse une indemnité journalière (IJ) en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré qui débute **après épuisement du délai de Franchise stipulé au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date d'arrêt de travail, dès lors que l'arrêt de travail survient après l'expiration d'un Délai d'Attente éventuellement applicable selon l'origine du Sinistre.**

→ Exonération des cotisations :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale MetLife remboursera également à l'Assuré les cotisations d'assurance de toutes les garanties au prorata temporis de la période d'Incapacité Temporaire Totale à compter de la fin de la période de franchise choisie.

→ Rechute

MetLife n'appliquera pas une nouvelle période de franchise pour un même sinistre si la rechute intervient dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

→ Détermination du montant d'indemnité journalière (IJ) assuré lors de l'adhésion

Le montant d'indemnité journalière (IJ) est déterminé lors de l'adhésion au Contrat. Il est limité à 100% de l'Equivalent Journalier des revenus de l'Assuré duquel sont déduits les montants assurés par le Régime Obligatoire dont relève l'Assuré, les sommes assurées par ses éventuels Régimes Complémentaires de prévoyance et autres assurances lors de l'adhésion ou en cours de souscription chez un autre Assureur lors de l'adhésion au présent contrat, sauf quand l'objet de l'assurance vise à couvrir la Personne Clé.

Lors de l'adhésion, l'Assuré pourra opter pour une garantie ITT forfaitaire ou une garantie ITT indemnitaire dans la limite des montants précisés à l'article III.F. Ce choix vaut pour toute la durée du contrat.

→ La garantie ITT forfaitaire

Montant de la prestation ITT versée à l'assuré en cas d'ITT couverte par le présent contrat

Le montant de l'indemnité journalière versé à l'Assuré en cas d'ITT correspond au montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail, **dans la limite de 300 € par jour, sauf pour la Couverture de la Personne Clé dont le montant journalier maximum ne pourra dépasser 1000 €.**

→ La garantie ITT Indemnitaire

Montant de la prestation ITT versée à l'assuré en cas d'ITT couverte par le présent contrat

La base de calcul de l'indemnisation retenue sera la plus petite valeur entre :

- le montant de l'indemnité journalière indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail, diminué des sommes versées par le Régime Obligatoire de l'Assuré,
- le Revenu de remplacement à la date de l'arrêt de travail,
- l'Equivalent journalier du revenu que l'Assuré a déclaré à l'administration fiscale avant la survenance de l'arrêt de travail, diminué des sommes versées par le Régime Obligatoire de l'Assuré, des sommes versées par ses éventuels Régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances à la date de l'arrêt de travail,
- **1000€ par jour.**

→ Dispositions communes aux garanties Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) indemnitaire et forfaitaire

Dispense du Délai d'Attente

Le Délai d'Attente, y compris celui applicable aux grossesses pathologiques, peut être abrogé, si l'Assuré peut justifier avoir bénéficié de garanties antérieures auprès d'un autre assureur pendant au moins deux (2) ans. L'abrogation du Délai d'attente varie en fonction de la comparaison entre les garanties retenues au titre de l'adhésion au Contrat et les garanties acquises au titre du contrat antérieur. L'abrogation s'applique dans les conditions suivantes :

- si l'Assuré bénéficiait de garanties et/ou montants assurés inférieurs ou équivalents au titre du contrat antérieur, **l'abrogation du Délai d'attente s'appliquera sur toutes les garanties du Contrat.**
- si l'Assuré bénéficiait de garanties et/ou montants assurés supérieurs au titre du contrat antérieur, **l'abrogation du Délai d'attente sera plafonnée au montant garanti par le contrat antérieur.** Le Délai d'attente est déterminé garantie par garantie.

L'abrogation du Délai d'Attente est acceptée uniquement si le contrat antérieur a été résilié par l'Assuré et ce dans les trente (30) jours précédant la date d'effet de son adhésion au présent Contrat.

Dispense de Franchise

La Franchise ne sera pas appliquée, et l'indemnisation interviendra donc dès le premier jour d'arrêt de travail, si l'ITT est la conséquence directe d'une des Maladies Redoutées décrites à l'article III.C.c de la présente Notice d'information et sous réserve d'avoir adhéré à la garantie Maladies Redoutées.

→ Indemnité en cas d'ITT consécutives à des atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires ou affections psychiques

- Les ITT liées à une atteinte Discale et/ou vertébrale et/ou radiculaire, bénéficieront d'une prise en charge jusqu'à la reprise du travail et au maximum jusqu'au 365ème jour d'arrêt de travail, dès lors que l'arrêt de travail survient après l'expiration d'un Délai d'Attente de 90 jours après l'adhésion au Contrat.

Si l'Assuré est hospitalisé pendant plus de 48h pour une des atteintes ci-dessus, alors la prestation ITT sera versée jusqu'à la reprise du travail et **au maximum jusqu'au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.**

- Les ITT liées aux affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants seront indemnisées jusqu'à la reprise du travail et au maximum jusqu'au 365ème jour d'arrêt de travail, dès lors que l'arrêt de travail survient après l'expiration d'un Délai d'Attente de 365 jours après l'adhésion au Contrat.

Si l'Assuré est hospitalisé pendant au moins 7 jours pour une des atteintes ci-dessus, alors la prestation ITT sera versée jusqu'à la reprise du travail et **au maximum jusqu'au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.**



IJ forfaitaire
maximum
300€/1 000€



Aucune
condition
d'hospita-
lisation
pour
une ITT
jusqu'à
365 jours

→ Paiement de l'indemnité d'ITT

L'indemnité Vous sera versée au prorata du nombre effectif de jours d'arrêt de travail postérieurs à la période de franchise, par mois échu, **jusqu'à la reprise du travail, même partielle (hors temps partiel thérapeutique) ou jusqu'à consolidation de votre état de santé. La prestation cessera au plus tard à l'une des dates suivantes :**

- 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail ou 365^{ème} jour pour un même sinistre quand l'objet du contrat sert à protéger une Personne Clé,
- La date de reconnaissance par l'Assureur de l'IPP/IPT ou IP de l'Assuré,
- A la date de liquidation de la pension vieillesse de l'Assuré, sauf si celui-ci se trouve en situation de Cumul emploi-retraite,
- Au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

En cas de temps partiel thérapeutique prescrit, après l'expiration de la période de franchise, par un médecin, le montant de l'indemnité journalière sera égal à **50% du montant de l'indemnité journalière garantie au titre de la garantie ITT (indemnitaire ou forfaitaire)**. Elle sera versée à l'issue de la période d'ITT jusqu'à la reprise du travail à temps plein et **au maximum pendant 180 jours**.

Dans tous les cas, l'indemnité journalière garantie ne pourra excéder 1 000 €.

Si vous êtes Créateur ou Repreneur, l'indemnité journalière maximum est de 110 €.

Si vous êtes en situation de Cumul emploi-retraite, vous pouvez uniquement souscrire la garantie ITT forfaitaire. Dans cette situation, l'indemnité journalière se limite à l'Equivalent Journalier du revenu issu de l'activité professionnelle déclarée, dans la limite d'un montant journalier maximum de 300 € avec une durée d'indemnisation maximale de 365 jours.

→ Rente relais :

Pour bénéficier de cette rente relais, vous devez avoir souscrit à la garantie ITT et à la garantie IPT.

Si après 1 095 jours d'arrêt de travail au titre d'un même sinistre, vous êtes toujours dans l'attente de votre consolidation, MetLife pourra, après étude de l'admissibilité à la garantie IPT, vous verser une rente relais jusqu'à consolidation de votre état et pendant une **durée maximale de 3 mois**.

Le montant de la rente sera égal au dernier montant mensuel perçu au titre de l'ITT, **dans la limite du montant à percevoir au titre de l'IPT**.

Le versement de la rente se fait selon les mêmes modalités que la rente IPT.

Le versement de la rente relais cessera à la date de survenance d'un des événements suivants :

- à la date de consolidation de votre état
- à la date de reprise totale ou partielle de votre travail
- à la date de début de votre congé légal de maternité
- à la date de votre mise en retraite et au plus tard au jour de votre 67^{ème} ou 70^{ème} anniversaire selon l'option invalidité choisie.

b) La garantie Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP / IPT)

MetLife verse un capital ou une rente en cas d'Invalidité Permanente Totale de l'Assuré et une rente en cas d'Invalidité Permanente Partielle, dont les montants et conditions sont définis ci-dessous.

La garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle n'est pas accessible quand l'objet du contrat a pour but de couvrir les Droits de Succession. De plus, la garantie Invalidité Permanente Partielle n'est pas accessible quand l'objet du contrat a pour but de couvrir une Personne Clé, un Créateur, un Repreneur ou un Associé.

→ Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'Assuré est considéré en état d'IPT si après consolidation de son état, il est atteint d'une perte de capacité définitive (taux d'invalidité) égale ou supérieure à 66%, le mettant dans l'impossibilité permanente totale et définitive d'exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit. L'invalidité est appréciée selon le tableau en Annexe.

La consolidation de l'état de santé devra intervenir avant le 1 095^{ème} jour d'ITT ou le 365^{ème} jour pour la couverture Personne Clé.

→ Invalidité Permanente Partielle (IPP)

L'Assuré est considéré en état d'IPP si après consolidation de son état, il est atteint d'une perte de capacité définitive (taux d'invalidité) égale ou supérieure à 33% et de moins de 66% le mettant dans l'impossibilité permanente totale et définitive d'exercer à temps plein son activité professionnelle lui procurant gain ou profit. L'invalidité est appréciée selon le tableau en Annexe.

La consolidation de l'état de santé devra intervenir avant le 1 095^{ème} jour d'ITT.

→ Calcul du Taux d'invalidité

Le taux de cette invalidité appelé «N» est déterminé par voie d'expertise médicale mandatée par l'Assureur, en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel peut être affilié l'Assuré, en fonction du taux d'invalidité permanente professionnelle et du taux d'invalidité permanente fonctionnelle, et par l'application du tableau croisé disponible en Annexe.

L'invalidité permanente fonctionnelle sera appréciée et chiffrée par référence au barème indicatif des invalidités en droit commun (Barème du Concours Médical 2001).

L'invalidité permanente professionnelle sera appréciée par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'Assuré et chiffrée en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

→ Détermination de la garantie assurée lors de l'adhésion

Le capital IPT assuré ou la rente IPP/IPT mensuelle assurée est déterminé(e) lors de l'adhésion. La rente est limitée à 100% de l'équivalent mensuel des revenus de l'Assuré duquel seront déduites les montants assurés par le Régime Obligatoire professionnel de Prévoyance dont relève l'Assuré, des sommes assurées par ses éventuels Régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances détenue(s) ou en cours de souscription par l'Assuré lors de l'adhésion.

Lors de l'adhésion, l'Assuré pourra opter pour des garanties ITT/IPP/ IPT forfaitaires ou des garanties ITT/IPP/IPT indemnitaires dans la limite des montants précisés à l'Article III.F. Ce choix vaut pour toute la durée du contrat.

→ La garantie Invalidité Permanente Partielle ou Totale Indemnitaire

Montant de la prestation IPT / IPP

Si le taux d'invalidité «N» déterminé suivant les critères ci-dessus est supérieur ou égal à 66%, Nous verserons des prestations égales à 100% du montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail, **dans la limite (si la prestation est en rente) de 100% de l'équivalent journalier du dernier revenu que l'Assuré a déclaré à l'administration fiscale avant la survenance du sinistre duquel seront déduites les sommes versées par le Régime Obligatoire professionnel de prévoyance dont relève l'Assuré, des sommes versées par ses éventuels Régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances à la date du Sinistre.**

Si le taux d'invalidité «N» est compris entre 33% et 66%, le montant de la rente que Nous verserons est déterminé par l'application du rapport N/66 au montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail, **dans la limite de N/66 de l'équivalent mensuel du dernier revenu que l'Assuré a déclaré à l'administration fiscale avant la survenance du sinistre duquel seront déduites les sommes versées par le Régime Obligatoire professionnel de prévoyance dont relève l'Assuré, des sommes versées par ses éventuels Régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances à la date du Sinistre.**

Aucune rente n'est versée si le taux d'invalidité «N» est inférieur à 33%.

Dans tous les cas, la rente mensuelle servie par MetLife ne pourra excéder 30 000 €/ mois (déduction faite des prestations versées par le Régime Obligatoire).

→ La garantie Invalidité Permanente Partielle ou Totale Forfaitaire

Montant de la prestation IPT / IPP

Si le taux d'invalidité «N» déterminé suivant les critères ci-dessus est supérieur ou égal à 66%, Nous verserons le montant du capital ou de la rente, indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

Si le taux d'invalidité «N» est compris entre 33% et 66%, le montant de la prestation que Nous verserons est déterminé par l'application du rapport N/66 au montant de la rente indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

Aucune prestation n'est versée si le taux d'invalidité « N » est inférieur à 33%.

Dans tous les cas, la rente mensuelle servie ne pourra excéder 9 000 €/ mois.

→ Terme de la prestation en rente IPP/IPT :

La rente d'invalidité cesse d'être due :

- lorsque l'Assuré reprend son activité à temps partiel pour l'IPT ou à temps plein pour l'IPP,
- lorsque le taux d'invalidité devient strictement inférieur à 33% pour l'IPP ou à 66% pour l'IPT,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de l'Assuré,
- au plus tard, au jour du 67^{ème} ou 70^{ème} anniversaire de la personne assurée selon l'option choisie,
- en cas de décès de l'Assuré.

c) La garantie Invalidité Professionnelle (IP) supérieure ou égale à 33% ou à 16 %

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente dont le montant et les conditions sont définis ci-dessous en cas Invalidité Professionnelle d'une personne assurée exerçant l'une des Professions suivantes :

→ Professions Médicales :

- Médecin enregistré au Conseil National de l'Ordre des médecins ou Chirurgien-dentiste enregistré à l'Ordre National des Chirurgiens dentistes
- Pharmacien
- Vétérinaire

→ Professions réglementées :

- Expert-comptable, Commissaire aux Comptes (CAVEC)
- Huissier de Justice, Commissaire - Priseur, Administrateur Judiciaire, Mandataire Judiciaire, Greffier, Arbitre de Tribunal de Commerce (CAVOM)
- Architecte (CIPAV) à l'exception de l'architecte d'intérieur, l'architecte naval et l'architecte paysagiste
- Avocat (CNBF)
- Notaire (CRN)

→ Professions Paramédicales :

- Kinésithérapeute
- Podologue-pédicure
- Audioprothésistes
- Chiropracteurs
- Ostéopathes



- Prothésistes
- Orthésistes
- Ergothérapeutes
- Sage-femme (CARCDSF)
- Infirmières et aides-soignants
- Orthophonistes

Pour pouvoir prétendre au versement de la rente IP, la personne assurée devra justifier exercer, à la date du Sinistre, l'une de ces professions.

L'Invalidité Professionnelle n'est pas accessible quand l'objet du contrat a pour but de couvrir une Personne Clé, un Associé ou les Droits de Succession.

→ Invalidité Professionnelle



La personne assurée est considérée en état d'Invalidité Professionnelle si, après consolidation de son état, elle est atteinte d'une perte de capacité (totale ou partielle) définitive à exercer sa profession (taux d'Invalidité Professionnelle) d'au moins 16% ou 33% (selon le choix fait à l'adhésion) la mettant dans l'impossibilité permanente et définitive d'exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit :

- à temps plein (si le taux d'Invalidité Professionnelle est supérieur ou égal à 66%)
- à temps partiel (si le taux d'Invalidité Professionnelle est inférieur à 66%).

→ Evaluation du Taux d'Invalidité Professionnelle

L'évaluation du taux d'Invalidité Professionnelle "N" sera effectuée par l'Assureur sur la base d'une expertise médicale, mandatée par l'Assureur.

Il est apprécié de 0% à 100% en fonction de la diminution d'aptitude permanente et définitive de l'Assuré à l'exercice de son activité professionnelle, en tenant compte des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident, des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession (recours à un appareillage médical adapté (par exemple canne, prothèse) et/ou à un équipement adapté des outils et lieu de travail de l'Assuré).



Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service des prestations est déterminé par l'Assureur en dehors de toute référence aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le taux d'Invalidité Professionnelle n'est pas déterminé à titre définitif, il peut varier en fonction de l'état de santé de l'Assuré et peut être revu (majoration ou diminution) à l'initiative de l'Assuré ou de l'Assureur. L'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'Article III.I de la Notice.

→ Terme de la rente

La rente d'Invalidité Professionnelle cesse d'être due :

- Lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle à temps partiel (pour un taux d'Invalidité Professionnelle supérieur ou égal à 66%) ou à temps plein (pour les autres cas) ;
- À la date de liquidation de la pension vieillesse de l'Assuré ;
- En cas de décès de la personne assurée ;
- Lorsque le taux d'Invalidité Professionnelle devient inférieur à 33% ou à 16 % selon le choix fait à l'adhésion et figurant au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

→ Détermination de la garantie assurée lors de l'adhésion

La rente mensuelle assurée, indiquée au Certificat d'Adhésion, est déterminée lors de l'adhésion. **La rente est limitée à 100% de l'équivalent mensuel des revenus de l'Assuré duquel seront déduites les sommes versées par le Régime Obligatoire professionnel de prévoyance dont relève l'Assuré, des sommes versées par ses éventuels Régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances à la date du Sinistre.**

Lors de l'adhésion, l'Assuré pourra opter pour des garanties ITT/IP forfaitaires ou des garanties ITT/IP indemnitaires **dans la limite des montants précisés à l'Article III.F. Ce choix vaut pour toute la durée du contrat.**

→ La garantie Invalidité Professionnelle supérieure ou égale à 33% ou 16 % forfaitaire

Montant de la rente en cas de choix du mode forfaitaire

Si le taux d'Invalidité Professionnelle «N» déterminé suivant les critères ci-dessus est supérieur ou égal à 33% (ou 16% selon le choix fait à l'adhésion) et inférieur à 66%, le montant de la prestation que Nous verserons est déterminé par l'application du rapport N/66 au montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date d'arrêt de travail.

Si « N » est supérieur ou égal à 66%, l'Invalidité Professionnelle est considérée comme totale, alors la rente assurée indiquée au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date d'arrêt de travail est versée dans sa totalité.

Dans tous les cas, la rente mensuelle servie ne pourra excéder 9 000 € / mois.

Aucune prestation n'est versée si le taux d'Invalidité Professionnelle « N » est inférieur à 33% ou 16 % selon le choix fait à l'adhésion.

→ La garantie Invalidité Professionnelle supérieure ou égale à 33% ou 16 % indemnitaire

Montant de la rente en cas de choix du mode indemnitaire

Si le taux d'Invalidité Professionnelle «N» déterminé suivant les critères ci-dessus est supérieur ou égal à 33% (ou 16% selon l'option souscrite à l'adhésion) et inférieur à 66%, le montant de la prestation que Nous verserons est déterminé par l'application du rapport N/66 au montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date d'arrêt de travail, **dans la limite de N/66 de l'équivalent mensuel du dernier revenu que l'Assuré a déclaré à**

l'administration fiscale avant la survenance du sinistre duquel seront déduites les sommes versées par le Régime Obligatoire professionnel de prévoyance dont relève l'Assuré, des sommes versées par ses éventuels Régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances à la date du Sinistre.

Si « N » est supérieur ou égal à 66%, l'Invalidité Professionnelle est considérée comme totale, alors la rente assurée indiquée au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail est versée dans sa totalité, **dans la limite de 100% de l'équivalent mensuel du dernier revenu que l'Assuré a déclaré à l'Administration fiscale avant la survenance du sinistre duquel seront déduites les sommes versées par le Régime Obligatoire professionnel de prévoyance dont relève l'Assuré, des sommes versées par ses éventuels Régimes complémentaires de prévoyance et autres assurances à la date du Sinistre.**

Dans tous les cas, la rente mensuelle servie par MetLife ne pourra excéder 30 000 €/mois (en tenant compte des sommes versées par le Régime Obligatoire).

Aucune prestation n'est versée si le taux d'Invalidité Professionnelle «N» est inférieur à 33% ou 16% selon le choix fait à l'adhésion.

d) La Garantie des Frais Généraux Permanents

La garantie Frais Généraux Permanents a pour objet le versement **au maximum pendant 365 jours ou 730 jours selon l'option choisie** à l'entreprise adhérente d'une prestation en cas d'ITT de la personne assurée pour couvrir tout ou partie des Frais Généraux Permanents de cette entreprise survenant pendant la période d'ITT, **dans la limite du montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date d'arrêt de travail de l'Assuré.**

La garantie Frais Généraux Permanents est accessible aux contrats dont l'objet est soit la Couverture d'une Personne Clé soit la Couverture des professionnels.

L'option de durée d'indemnisation maximale de 730 jours est accessible uniquement aux contrats dont l'objet est la Couverture des professionnels.

Pour pouvoir souscrire cette garantie, l'entreprise dans laquelle Vous exercez votre activité doit être immatriculée depuis plus de 12 mois lors de votre demande d'adhésion.

Les ITT liées à une atteinte discale et/ou vertébrale et /ou radiculaire quel qu'en soit la cause ou l'origine, bénéficieront d'une prise en charge jusqu'à la reprise du travail et **au maximum jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail**, dès lors que l'arrêt de travail survient après l'expiration d'un Délai d'Attente de 90 jours après l'adhésion au Contrat.

Si l'Assuré est hospitalisé pendant plus de 48h pour une des atteintes ci-dessus, alors la prestation sera versée jusqu'à la reprise du travail et au maximum jusqu'au 730^{ème} jour d'arrêt de travail si l'option de durée maximale d'indemnisation de 730 jours a été choisie.

Les ITT liées aux affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants seront indemnisées jusqu'à la reprise du travail et **au maximum jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail**, dès lors que l'arrêt de travail survient après l'expiration d'un Délai d'Attente de 365 jours après l'adhésion au Contrat.

Si l'Assuré est hospitalisé pendant au moins 7 jours pour une des atteintes ci-dessus, alors la prestation ITT sera versée jusqu'à la reprise du travail et au maximum jusqu'au 730^{ème} jour d'arrêt de travail si l'option de durée maximale d'indemnisation de 730 jours a été choisie.

→ Lorsque cette garantie est souscrite en complément de la garantie facultative ITT (Article III.D.a.)

L'indemnisation se fera dans les mêmes conditions en termes de Franchise et Délai d'Attente que celle de l'ITT définie à l'Article III.D.a.

→ Lorsque cette garantie est souscrite sans la garantie facultative ITT (Article III.D.a.)

L'Assureur verse une indemnisation des Frais Généraux Permanents en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré telle que définie à l'Article III.D.a., **après épuisement du délai de Franchise figurant sur le Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail de l'Assuré, dès lors que l'arrêt de travail survient après l'expiration d'un Délai d'Attente éventuellement applicable selon l'origine du Sinistre.**

→ Montant et durée de la prestation

La prestation journalière sera égale aux Frais Généraux Permanents de l'entreprise survenant pendant la période d'arrêt de travail de l'Assuré dans la limite du montant assuré indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date de l'arrêt de travail. **Elle sera versée jusqu'à la date de reprise du travail, même partielle, de l'Assuré et au plus tard jusqu'à l'un des événements suivants :**

- La date la reconnaissance par l'Assureur de l'IPP/IPT ou IP de l'Assuré,
- Le 365^{ème} jour d'ITT ou 730^{ème} jour d'ITT selon l'option choisie (rechutes éventuelles comprises),
- A la date de liquidation de la pension vieillesse de l'Assuré, sauf si celui-ci se trouve en situation de Cumul emploi-retraite,
- Au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les Frais Généraux Permanents sont remboursés sur la base des factures produites par l'entreprise adhérente ou la dernière déclaration fiscale ou le dernier bilan sur lesquels figurent les charges déclarées.

Le montant de l'indemnité journalière de la garantie Frais Généraux Permanents ne pourra excéder 600 €.
De plus, la somme des indemnités journalières des garanties Frais Généraux Permanents et ITT (Article III.D.a) ne pourra excéder 1 200 €.

Montants
maximum
élevés



e) La garantie Capital Reconversion

MetLife verse un capital en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) et d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Invalidité Professionnelle (IP) de l'Assuré dont les montants et conditions sont définis ci-dessous.

La garantie Capital Reconversion est accessible quand l'objet du contrat est la Couverture Professionnel ou la Couverture Famille.

De plus, la garantie Capital Reconversion ne peut être souscrite qu'en complément de rente IPT/IPP ou de rente IP telles que définies respectivement dans les articles III.D.b. ou III.D.c.

→ Lorsque cette garantie est souscrite en complément de la garantie facultative IPT/IPP en rente (article III.D.b.)

Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'Assuré est considéré en état d'IPT si après consolidation de son état, il est atteint d'une perte de capacité définitive (taux d'invalidité) égale ou supérieure à 66%, le mettant dans l'impossibilité permanente totale et définitive d'exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit. L'invalidité est appréciée selon le tableau en Annexe.

La consolidation de l'état de santé devra intervenir **avant le 1 095^{ème} jour d'ITT.**

Invalidité Permanente Partielle (IPP)

L'Assuré est considéré en état d'IPP si après consolidation de son état, il est atteint d'une perte de capacité définitive (taux d'invalidité) égale ou supérieure à 33% et de moins de 66% le mettant dans l'impossibilité permanente totale et définitive d'exercer à temps plein son activité professionnelle lui procurant gain ou profit. L'invalidité est appréciée selon le tableau en Annexe.

La consolidation de l'état de santé devra intervenir **avant le 1 095^{ème} jour d'ITT.**

Evaluation du Taux d'invalidité

Le taux de cette invalidité appelé «N» est déterminé par voie d'expertise médicale mandatée par l'Assureur, en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel peut être affilié l'Assuré, en fonction du taux d'invalidité permanente professionnelle et du taux d'invalidité permanente fonctionnelle, et par l'application du tableau croisé disponible en Annexe. L'invalidité permanente fonctionnelle sera appréciée et chiffrée par référence au barème indicatif des invalidités en droit commun (Barème du Concours Médical 2001).

L'invalidité permanente professionnelle sera appréciée par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'Assuré et chiffrée en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

→ Lorsque cette garantie est souscrite en complément de la garantie facultative IP en rente (article III.D.c.)

Invalidité Professionnelle

La personne assurée est considérée en état d'Invalidité Professionnelle si, après consolidation de son état, elle est atteinte d'une perte de capacité (totale ou partielle) définitive à exercer sa profession (taux d'Invalidité Professionnelle) d'au moins 33% la mettant dans l'impossibilité permanente et définitive d'exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit :

- à temps plein (si le taux d'Invalidité Professionnelle est supérieur ou égal à 66%)
- à temps partiel (si le taux d'Invalidité Professionnelle est inférieur à 66%).

Evaluation du Taux d'Invalidité Professionnelle

L'évaluation du taux d'Invalidité Professionnelle sera effectuée par l'Assureur sur la base d'une expertise médicale, mandatée par l'Assureur.

Il est apprécié de 0% à 100% en fonction de la diminution d'aptitude permanente et définitive de l'Assuré à l'exercice de son activité professionnelle, en tenant compte des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident, des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession (recours à un appareillage médical adapté (par exemple canne, prothèse) et/ou à un équipement adapté des outils et lieu de travail de l'Assuré).

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service des prestations est déterminé par l'Assureur en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel peut-être affilié l'Assuré.

Le taux d'Invalidité Professionnelle n'est pas déterminé à titre définitif, il peut varier en fonction de l'état de santé de l'Assuré et peut être revu (majoration ou diminution) à l'initiative de l'Assuré ou de l'Assureur. L'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article (III.J) de la Notice.

→ Détermination de la prestation

Le montant du Capital Reconversion assuré est déterminé lors de l'adhésion et indiqué au Certificat d'Adhésion.

Si le taux d'invalidité «N» déterminé suivant les critères ci-dessus est supérieur ou égal à 66%, Nous verserons le montant du capital indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date du sinistre.

Si le taux d'invalidité «N» est compris entre 33% et 66%, le montant de la prestation que Nous verserons est déterminé par l'application du rapport N/66 au montant du capital indiqué au Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur à la date du sinistre.

En cas d'évolution à la hausse du taux d'invalidité, Nous verserons la différence entre :

- le montant de la prestation calculé selon les modalités décrites ci-dessus avec le taux d'invalidité actualisé et,
- le montant de prestation déjà versé.

Aucune prestation n'est versée si le taux d'invalidité «N» est inférieur à 33%.

f) L'option Extensions de garanties Incapacité Temporaire Totale et/ou Frais Généraux Permanents

Sous réserve d'acceptation par l'Assureur et moyennant une tarification spéciale, l'Adhérent a la possibilité, si les garanties ITT ou Frais Généraux Permanents ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires visées au 16^{ème} tiret de l'article III.H et les exclusions liées aux affections psychiques visées au 15^{ème} tiret de l'article III.H.

L'option d'extension de garantie Frais Généraux Permanents n'est disponible que si l'option de durée maximale d'indemnisation de 730 jours est souscrite.

→ Pour les atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires

Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant des atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires quelle qu'en soit la cause ou l'origine, **après expiration du délai de Franchise de la garantie ITT**, dont la durée est précisée au certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur au moment du sinistre.

L'indemnité journalière sera versée au maximum jusqu'au 1 095^{ème} jour d'ITT.

Frais Généraux Permanents

L'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant des atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires quelle qu'en soit la cause ou l'origine, **après expiration du délai de Franchise de la garantie Frais Généraux Permanents**, dont la durée est précisée au certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur au moment du sinistre.

L'indemnité journalière sera versée au maximum jusqu'au 730^{ème} jour d'ITT.

→ Pour les atteintes psychiques

Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant des atteintes de type psychiques, nerveuses, neuropsychologiques, psychosomatiques, psychiatriques, névrotiques, y compris les dépressions et les états dépressifs de toute nature, les aliénations mentales, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, **après expiration du délai de Franchise de la garantie ITT**, dont la durée est précisée au certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur au moment du sinistre et ce pour une durée maximale de 365 jours.

Si l'ITT se prolonge au-delà de 365 jours, l'indemnité journalière sera **réduite de 50% et versée au maximum jusqu'au 1 095^{ème} jour d'ITT.**

Frais Généraux Permanents

L'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant des atteintes de type psychiques, nerveuses, neuropsychologiques, psychosomatiques, psychiatriques, névrotiques, y compris les dépressions et les états dépressifs de toute nature, les aliénations mentales, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, **après expiration du délai de Franchise de la garantie Frais Généraux Permanents**, dont la durée est précisée au certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur au moment du sinistre et ce pour une durée maximale de 365 jours.

Si l'ITT se prolonge au-delà de 365 jours, l'indemnité journalière sera **réduite de 50% et versée au maximum jusqu'au 730^{ème} jour d'ITT.**

E. Revalorisation des rentes d'invalidité (IPT, IPP et IP) en cours de versement

Le montant de la rente due peut être révisé à la hausse ou à la baisse selon l'évolution du taux de l'Invalidité Permanente de la personne assurée. L'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré aux contrôles ou expertises stipulés à l'Article III.I de la présente Notice.

F. Montant maximum des garanties

	Montant max
Décès	50 millions € / Assuré
PTIA	20 millions € / Assuré
Rente de Conjoint	5 000 € / mois / Assuré
Garantie double effet	2 millions €
Maladies Redoutées	80 000 €
Rente éducation	2 000 € / mois / enfant
ITT indemnitaire	1 000 € / Jour
ITT Forfaitaire	300 € / Jour
Frais Généraux	600 € / Jour
ITT + Frais Généraux	1 200 € / Jour
IPT capital pour la Couverture Personne Clé et Associé	5 millions / Assuré
IPT capital pour la Couverture Famille et Professionnels	1 million / Assuré
Rente IPT / IPP / IP	
Indemnitaire	30 000 € / mois
Forfaitaire	9 000 € / mois
Capital Reconversion	75 000€ / Assuré
Garanties possibles pour le Créateur / repreneur	Décès/PTIA/IPT/ITT Rente IPT : max 3 300 € / mois IJ max en cas d'ITT: 110 € / Jour


Des plafonds
de garanties
élevés

G. Évolution des cotisations

Les cotisations Vous sont communiquées à l'adhésion, elles évoluent au 1er janvier de chaque année en fonction de votre âge. En outre, elles pourront être modifiées dans les cas suivants :

- évolution de la législation ou de la réglementation applicable ;
- changement d'activité professionnelle de l'Assuré ;
- changement de statut professionnel de l'Assuré ;
- cessation d'activité professionnelle de l'Assuré ;
- évolution des résultats techniques du Contrat pour les garanties ITT/IPT/IPP/IP/Frais Généraux sauf dans le cadre de la Couverture d'une Personne Clé.

Les modalités relatives au changement de profession, au changement de statut professionnel ou à la cessation d'activité professionnelle sont précisées en section V.D.

H. Quels sont les événements exclus ?



Les conditions d'indemnisation s'appliquent à tout accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d'effet des garanties.

Exclusions communes à toutes les garanties et options :

- les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion au Contrat ou de sa remise en vigueur et non déclarées à l'Assureur ou dont l'exclusion a été notifiée par écrit à l'Assuré et acceptée par lui,
- le suicide de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion au Contrat, de la remise en vigueur de celle-ci, ou de toute augmentation de garantie,
- les suites et conséquences d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du Bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait,
- les conséquences de faits de guerre, de guerre civile ou étrangère, de mouvements populaires ou d'émeutes, d'insurrections, actes de terrorisme, délits ou rixes, sauf si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements ou en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur et d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome, tant par fission ou fusion, que par radiation ionisante ou autres. Ces effets sont pris en charge en cas d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient. Pour les radiologues et radiothérapeutes, les sinistres relatifs aux « radiations ionisantes » ne seront pas exclus, si le radiologue / radiothérapeute a été exposé à ces radiations lors de l'exercice de son activité professionnelle, et sous réserve que ce dernier ait pris, dans le cadre de son activité, toutes les mesures de sécurité nécessaires et recommandées par la réglementation en vigueur et les usages de la profession (durée d'exposition, distance et équipement de protection aux radiations)
- les manipulations d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques (hormis produits ménagers dans le cadre d'une utilisation domestique),
- les suites de la participation de l'Assuré à un crime ou délit comme auteur, co-auteur ou complice,
- Les accidents de la circulation résultant de l'état d'ivresse attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux maximal autorisé par la législation en vigueur à la date de l'accident, lorsque l'Assuré est conducteur,
- les conséquences de l'usage par l'Assuré de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites. Les garanties restent cependant acquises si l'origine du sinistre est accidentelle et qu'il est établi que l'Accident n'est pas lié à l'usage des substances citées,
- les accidents de la navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
- les accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record,
- les paris, défis ou tentatives de records portant atteinte à l'intégrité sky flying, wingsuit, rooftopping,
- les raids sportifs, courses ou compétitions automobiles et moto, exercices acrobatiques, sky flying, streetluge, sauf si déclarés à l'Assureur et acceptés par lui moyennant une tarification spéciale.

Exclusions spécifiques aux garanties facultatives (ITT, IPT, IPP, IP, Frais Généraux Permanents, et Capital Reconversion) et qui s'ajoutent aux exclusions communes :

- les sports pratiqués à titre professionnel, qu'ils soient pratiqués lors de compétitions ou d'entraînement, ou les sports amateurs relatifs aux activités suivantes :
 1. sports mécaniques (auto-moto),
 2. sports aériens, y compris parachutisme, ULM, vol à voile, voltige aérienne, deltaplane, parapente, saut à l'élastique,
 3. navigation aérienne, motonautisme y compris scooter des mers, voile à plus de 25 miles des côtes, plongée sous-marine avec bouteille à plus de 40 mètres de profondeur ou non accompagnée,
 4. sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, alpinisme (dont varappe). Toutefois les garanties sont acquises pour 1) le patinage sur patinoire ouverte au public, 2) tout sport de neige pratiqué en loisir sur le domaine skiable ouvert au public (à l'exception des espaces fermés au public par signalisation et/ou non accessibles par remontée mécanique 3) le ski de fond sur piste ouverte, 4) la randonnée en raquettes sur chemin balisé, 5) la randonnée à pieds au-dessous de 3000 m sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde, piolet ou crampons,
 5. canyoning, rafting, spéléologie,
 6. sports de combat et arts martiaux (hormis le judo, le karaté, l'escrime et le jujitsu hors compétition),

7. activités équestres en compétition et chasse à courre.

Les garanties sont acquises lorsque les sports mentionnés ci-dessus (entre 1 et 7) sont pratiqués, de manière exceptionnelle, dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.

A la demande de l'Assuré, tout ou partie des activités peuvent faire l'objet d'une étude des garanties moyennant une tarification spéciale.

- les maladies de type psychiques, nerveuses, psycho neurologiques, psychosomatiques, psychiatriques, névrotiques, y compris les dépressions et les états dépressifs de toute nature, les aliénations mentales, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 7 jours consécutifs (exclusion faite des séjours en établissement de repos ou de convalescence) sauf dans le cas de la garantie ITT et Frais Généraux Permanents pour laquelle les conditions de prise en charge sont précisées dans les Articles III.D.a. et III.D.d.
- les atteintes Discales et / ou vertébrales et /ou radiculaires quelle qu'en soit la cause ou l'origine qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 48 heures consécutives sauf dans le cas des garanties ITT et Frais Généraux pour lesquelles les conditions de prise en charge sont précisées dans les Articles III.D.a et III.D.d.
- les fibromyalgies, le syndrome de fatigue chronique,
- les traitements esthétiques et opérations de chirurgie esthétique et leurs conséquences (sauf si l'opération fait suite à un accident garanti),
- les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, de désintoxication, mêmes effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjour en maison de repos,
- la durée du congé légal de maternité. En cas de grossesse pathologique, l'arrêt de travail hors congé légal est pris en charge selon les conditions prévues au Certificat d'Adhésion et après un délai d'attente de 90 jours consécutifs.

Exclusions de la garantie facultative Maladies Redoutées :

- les maladies non mentionnées dans la définition des maladies redoutées garanties,
- les causes de sinistre résultant (directement ou indirectement) de maladies diagnostiquées durant le Délai d'Attente ou de chirurgies effectuées durant le Délai d'Attente,
- les maladies redoutées résultant de pathologies préexistantes à l'entrée en vigueur de l'adhésion au Contrat, pour lesquels l'Assuré est en attente de résultats d'examens ou d'analyses médicales au moment de la souscription,
- ne sont pas couverts :
 - les tumeurs in situ ou non invasives, les dysplasies et toutes les affections qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes ; les cancers de la prostate à un stade inférieur à II de l'AJCC 8^{ème} Edition ; les cancers de la thyroïde à un stade inférieur à II de l'AJCC 8^{ème} Edition ; le cancer urothélial à un stade inférieur à II de l'AJCC 8^{ème} Edition ; les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires de la peau, sauf s'ils ont évolué au-delà du stade T2/N1/M1 de la classification TNM, ainsi que les lymphomes cutanés, sarcomes et dermato fibrosarcomes protubérants limités à la peau (définie comme une ou plusieurs couches des tissus épidermiques, dermiques et sous-cutanés de la peau) ; les tumeurs stromales gastro-intestinales et tumeurs neuroendocrines classées au STADE 1 de la classification OMS, sauf en cas d'atteinte des ganglions lymphatiques ou de dissémination métastatique ; les adénomes hypophysaires et tumeurs neuroendocrines (PitNET), sauf en cas de dissémination métastatique. En l'absence d'autres explorations permettant un diagnostic définitif et cliniquement vérifiable, les diagnostics de cancers établis par biopsie liquide (c'est-à-dire par mise en évidence de cellules tumorales circulantes et/ou de molécules et/ou de marqueurs associés à une tumeur dans le sang, la salive, les selles, l'urine ou tout autre fluide corporel) ne sont pas couverts ;
 - les transplantations partielles d'organes, les transplantations d'autres organes que ceux citées dans le paragraphe III.C.c), les transplantations de tissus, de cellules ou de cellules souches ;
 - les syndromes coronariens aigus, coronariens aigus réversibles sur le plan myocardique, comprenant entre autres l'angor stable et instable ; une augmentation des biomarqueurs cardiaques associée à un geste interventionnel cardiaque par voie percutanée pour revascularisation coronarienne ;
 - les accidents ischémiques transitoires (AIT) ; les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique ; les hémorragies secondaires à une lésion cérébrale préexistante ; toute anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée par un scanner sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques ;
 - l'angioplastie ou la dilatation transluminale percutanée, par ballonnet, par laser ou stent ; la thrombolyse ;
 - les syndromes parkinsoniens secondaires consécutifs à l'usage de médicaments (iatrogènes) ; les autres syndromes Parkinsoniens ;
 - le diagnostic probable ou possible de sclérose en plaques ; Les syndromes neurologiques isolés, suggestifs de SEP, mais non confirmés à l'imagerie.

I. Quelles sont les formalités à accomplir en cas de sinistre ?

Sauf cas fortuit ou de force majeure, la personne assurée ou les Bénéficiaires doivent, dès qu'ils ont connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application des garanties, Nous en informer, à l'adresse suivante :

Kereis France
MetLife - Gestion SNP
CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Tel : 09 69 32 84 03

Email : sinistre.prevoyance@kereisfrance.com

→ Où adresser les pièces justificatives en cas de sinistre ?

Pour pouvoir prétendre au versement des prestations garanties la personne assurée ou les Bénéficiaires (son représentant légal ou ses ayants droit) doivent fournir les pièces justificatives indiquées ci-dessous.

Toute pièce médicale doit être envoyée sous pli confidentiel adressé à notre Médecin Conseil à l'adresse citée ci-dessus.

Nous pouvons, à nos frais, procéder à tout moment à des enquêtes et demander que la personne assurée se fasse examiner par un médecin que Nous aurons désigné, l'Assuré pouvant se faire assister à ses frais du médecin de son choix lors de ce contrôle. Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles ou transmission de pièces complémentaires.

→ **En cas de Décès et option Doublement Accidentel**

- Une copie du Certificat d'Adhésion et de ses éventuels avenants,
- L'extrait original de l'acte de décès de la personne assurée,
- Un certificat Post Mortem et une déclaration de décès (Modèles fournis par MetLife),
- Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document :
 - Les avis d'arrêt de travail et les décomptes d'Indemnités Journalières délivrés par l'organisme obligatoire sur les 5 dernières années avant l'adhésion ou confirmant l'absence d'arrêt de travail
 - L'attestation de la CPAM ou organisme obligatoire où figurent les droits de l'Assuré (document joint avec la carte vitale), précisant la date de début de la 1ère exonération du ticket modérateur ou son absence
 - Le compte-rendu opératoire et le compte-rendu d'hospitalisation s'il y a lieu
- Un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois et une copie de la pièce d'identité en cours de validité lorsque le Bénéficiaire est une personne physique,
- Un extrait KBis de moins de 3 mois lorsque le bénéficiaire est la personne morale adhérente,
- Une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité selon le cas,
- L'IBAN/BIC du compte bancaire du ou des bénéficiaires.

→ **En cas de PTIA, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle et d'Invalidité Professionnelle des professions médicales, paramédicales ou réglementées**

- Une copie du Certificat d'Adhésion, et de ses éventuels avenants,
- Un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé, sa date de stabilisation ainsi que la nécessité éventuelle de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie courante ainsi que la déclaration d'Invalidité (Modèles fournis par MetLife),
- Les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- La notification d'attribution de pension versée par le Régime Social auquel appartient la personne assurée,
- Le certificat médical de constatation initial :
 - Les avis d'arrêt de travail et les décomptes d'Indemnités Journalières délivrés par l'organisme obligatoire sur les 5 dernières années avant l'adhésion ou confirmant l'absence d'arrêt de travail
 - L'attestation de la CPAM ou organisme obligatoire où figurent les droits de l'Assuré (document joint avec la carte vitale), précisant la date de début de la 1ère exonération du ticket modérateur ou son absence
 - Le compte-rendu opératoire et le compte-rendu d'hospitalisation s'il y a lieu
- Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document,
- Si Vous avez adhéré au Contrat avec l'objet Couverture Professionnels, les 2 derniers avis d'imposition pour une couverture supérieure à 160 euros / jour,
- L'IBAN/BIC du compte bancaire de l'Adhérent.

→ **Pour la Rente de Conjoint**

- Livret de famille pour le conjoint marié ou le partenaire de pacs,
- Copie de la carte d'identité du conjoint,
- Les documents listés à l'article « en cas décès » de la présente Notice.

→ **Pour la Rente d'éducation**

- Copie de la Carte Nationale d'Identité de l'enfant à charge,
- Déclaration d'impôts faisant apparaître la notion d'enfant à charge,
- Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans,
- Les documents listés à l'article « en cas décès » de la présente Notice.

→ **En cas d'ITT et pour l'Exonération des Cotisations**

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, la demande d'indemnités journalières et de remboursement des cotisations doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie.

A défaut de déclaration dans les 3 mois suivant l'arrêt, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur. Toute demande dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 3 mois après la fin de la période de Franchise ne sera pas prise en charge ni indemnisée par l'Assureur, sous réserve que le retard dans la déclaration lui ait causé un préjudice.

La demande doit être accompagnée :

- De l'arrêt de travail initial et de ses prolongations,
- D'un certificat médical Initial et d'une déclaration de la personne assurée (Imprimés MetLife),
- D'un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document,
- Les décomptes du Régime Obligatoire auquel appartient la personne assurée correspondant à l'arrêt de travail :
 - L'attestation de la CPAM ou organisme obligatoire où figurent les droits de l'Assuré (document joint avec la carte vitale), précisant la date de début de la 1ère exonération du ticket modérateur ou son absence
- L'IBAN/BIC du compte bancaire de l'Adhérent,

- Si Vous avez adhéré à l'ITT indemnitaire, une copie des 2 derniers avis d'imposition si le montant de l'indemnité journalière est supérieure à 160 €/jour. Aucun justificatif ne sera nécessaire pour les sinistres déclarés pour des indemnités journalières jusqu'à 160 € ou si vous avez opté pour la garantie ITT forfaitaire.

Le sinistre sera pris en charge et indemnisé le cas échéant sans attendre le justificatif de prise en charge du Régime Obligatoire. A réception du document, une régularisation éventuelle pourra être faite.

→ **Pour la couverture des Frais Généraux Permanents**

- La dernière déclaration fiscale ou le dernier bilan, selon la forme de la société, sur laquelle figurent les charges déclarées,
- OU les factures justificatives des frais généraux permanents produites par l'entreprise adhérente,
- L'IBAN/BIC du compte bancaire de l'Adhérent.

→ **En cas de Maladie Redoutée**

- Un Certificat médical détaillé établi par le médecin traitant et, le cas échéant, par le médecin spécialiste ayant examiné ou traité la personne assurée, indiquant la maladie affectant la personne assurée, ses origines, la date de premier diagnostic, et les traitements prescrits,
- En cas d'hospitalisation, un Compte-rendu d'Hospitalisation,
- L'IBAN/BIC du compte bancaire de l'Adhérent.

Nous nous réservons la possibilité de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

IV. Qui peut souscrire et bénéficier d'un contrat SUPER NOVATERM PRÉVOYANCE ?



A. Les conditions d'adhésion au contrat SUPER NOVATERM PREVOYANCE

Pour adhérer au Contrat et devenir ainsi Adhérent, il faut :

- être une personne physique majeure au moment de la signature ou personne morale dont le lieu de résidence ou le siège social se situe en France,
- être membre d'ANOVA. L'adhésion à ANOVA se fait automatiquement au moment de l'adhésion au Contrat,
- et, signer le Bulletin d'Adhésion.

Pour être assuré, il faut :

- être une personne physique majeure résidant en France.
- remplir et signer le Bulletin d'Adhésion,
- être âgé de :
 - moins de 85 ans pour la garantie décès ou moins de 75 ans pour la couverture Personne Clé
 - moins de 70 ans pour la garantie PTIA
 - moins de 70 ans pour les garanties Rente Education, Rente de Conjoint, Doublement Accidentel, Maladies Redoutées
 - moins de 67 ans ou 70 ans selon l'option choisie pour les garanties IP, IPT, IPP et Capital Reconversion
 - moins de 70 ans pour les garanties ITT et Frais Généraux permanents
- dans le cadre des couvertures Famille et Professionnel, l'Assuré devra cotiser au Régime Obligatoire en France.

Les intermittents du spectacle, les artistes de cinéma ou de la télévision ne peuvent adhérer qu'à la garantie de base obligatoire Décès / PTIA.

B. Quelle est la durée de l'adhésion au contrat ?



L'adhésion au Contrat est conclue pour une durée courant jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion et se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

C. Quand l'adhésion au contrat entre-t-elle en vigueur ?

Sauf pour la couverture de la Garantie Provisoire Décès Accidentel, l'adhésion au Contrat prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant venu le modifier, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation par l'Assureur.

Au cours de la période où vous accomplissez des formalités médicales et financières, vous êtes garanti provisoirement contre le risque de décès consécutif à un accident sous réserve des exclusions mentionnées à l'Article III.H de la Notice **dans la limite de 500 000 €**. Cette garantie Provisoire Décès Accidentel débute à la date de réception du Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé et prend fin 7 jours après l'envoi par l'Assureur du Certificat d'Adhésion et **au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie**.

Cette garantie Provisoire Décès Accidentel ne couvre que les assurés âgés de moins de 70 ans au jour de la réception par l'Assureur du bulletin d'adhésion dûment complété et signé.

La prise d'effet de l'adhésion au Contrat entraîne l'annulation de la garantie Provisoire Décès Accidentel, dans toutes ses clauses et conditions, la garantie Provisoire Décès Accidentel ne pouvant se cumuler avec les autres garanties Décès du Contrat.

Les dégradations de l'état de santé de l'Assuré survenues entre la date d'émission de la Lettre d'Acceptation et la date d'effet de l'adhésion au Contrat ne conduisent pas à une modification des conditions d'acceptation.

Cependant, l'Assuré doit signaler à MetLife toute dégradation de son état de santé dans les meilleurs délais.



D. Quand les garanties du contrat prennent-elles fin ?

La fin de l'adhésion au Contrat met fin aux garanties.

En tant qu'Adhérent, vous pouvez résilier votre adhésion au Contrat :

- chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion au Contrat moyennant un préavis de 2 mois,
- en cas de non-acceptation de la révision des cotisations ou d'un réaménagement du Contrat dans les 2 mois suivants la date à laquelle l'Adhérent a eu connaissance de la modification.

En qualité d'Assureur, Nous pouvons résilier votre adhésion au Contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, au terme de la procédure définie à l'Article VI.C,
- en cas de réticence ou fausse déclaration du risque à l'adhésion au Contrat ou en cours de Contrat, conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances,
- en cas d'aggravation du risque au cours de l'adhésion au Contrat (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé,
- en cas de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues,
- de plein droit, en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

Dans tous les cas, les garanties prennent fin lors de la survenance d'un des événements suivants :

Décès de l'Assuré	– A la date de renouvellement de l'adhésion au Contrat qui suit le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré – Au versement du capital ou de la rente dû au titre de la garantie décès – Pour la Personne Clé : lorsque l'Assuré n'exerce plus de rôle de Personne Clé au sein de l'entreprise adhérente ou s'il ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise et au plus tard au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré
PTIA de l'Assuré	– A la date de renouvellement de l'adhésion au Contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré – Au versement du capital ou de la rente dû au titre de la garantie PTIA – Pour la Personne Clé : lorsque l'Assuré n'exerce plus de rôle de Personne Clé au sein de l'entreprise adhérente ou s'il ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente – En cas de décès de l'Assuré
Rente de Conjoint / Garantie double effet	– A la date de renouvellement de l'adhésion au Contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré – Au décès du bénéficiaire de la Rente de Conjoint – A la date du divorce ou de rupture du PACS de l'Assuré avec le bénéficiaire de la Rente de Conjoint
Rente éducation	– A la date de renouvellement de l'adhésion au Contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré – Lorsque l'enfant n'est plus fiscalement à la charge de l'Assuré – Au plus tard à la date anniversaire des 18 ans de(s) l'enfant(s) bénéficiaire(s) ou à la fin de ses études et au plus tard à son 26^{ème} anniversaire
Maladies redoutées	– A la date de renouvellement de l'adhésion au Contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré – Au versement du capital dû au titre de la garantie Maladie Redoutée
ITT / Frais Généraux	– Lorsque l'Assuré cesse d'exercer l'activité professionnelle déclarée à l'Assureur et figurant sur le Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur – Pour la Personne Clé : lorsque l'Assuré n'a plus de rôle de Personne Clé au sein de l'entreprise adhérente ou s'il ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente – A la date de départ en retraite ou de liquidation des droits à la retraite et préretraite de l'Assuré, sauf pour les cas de Cumul emploi-retraite – Au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré – Lorsque l'état de santé de l'Assuré est consolidé et qu'il est reconnu par l'Assureur en Invalidité Permanente – En cas de décès ou de reconnaissance de l'état de PTIA ou d'IPT ou d'IP avec un taux d'invalidité supérieur à 66% de l'Assuré
IPT / IPP / IP / Capital Reconversion	– Lorsque l'Assuré cesse d'exercer l'activité professionnelle déclarée à l'Assureur et figurant sur le Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant en vigueur – Pour la Personne Clé : lorsque l'Assuré n'a plus de rôle de Personne Clé au sein de l'entreprise adhérente ou s'il ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente – A la date de départ en retraite ou de liquidation des droits à la retraite ou préretraite de l'Assuré – Au 67^{ème} ou 70^{ème} anniversaire de l'Assuré selon l'option choisie pour l'IPT en rente, l'IP, l'IPP et le Capital Reconversion – Au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour l'IPT en capital – En cas de décès ou de reconnaissance de l'état de PTIA ou d'IPT ou d'IP avec un taux d'invalidité supérieur à 66% de l'Assuré
Doublement Accidentel	– En cas de décès ou de reconnaissance de l'état de PTIA de l'Assuré – Au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré

V. Vie de l'adhésion au contrat

A. Évolution des revenus de l'assuré et de ses autres régimes d'assurance au cours de la vie de l'adhésion au Contrat

Les garanties ITT, IPT et IP ne doivent en aucun cas constituer un enrichissement pour l'Assuré.

De ce fait, en cours de vie de l'adhésion au Contrat, il est de **votre responsabilité** de vérifier chaque année que le montant annualisé de l'indemnité journalière assurée au titre de la garantie ITT (Article III.D.a), de la rente assurée au titre de la garantie IPP/IPT (Article III.D.b) et de la rente assurée au titre de la garantie IP (Article III.D.c) figurant sur votre Certificat d'Adhésion ou au dernier avenant de votre adhésion au Contrat n'excèdent pas 100% du dernier revenu annuel que Vous avez déclaré à l'administration fiscale et le cas échéant de nous en informer afin d'ajuster les garanties et les cotisations d'assurance en conséquence.

Si à la date de l'adhésion au Contrat, Vous bénéficiez d'un Régime Complémentaire en sus du présent Contrat, il est de votre responsabilité de Nous déclarer toute augmentation des garanties au titre de ces Régimes Complémentaires afin que nous puissions ajuster vos garanties et cotisations d'assurance en conséquence.

De même, si vous adhérez à un Régime Complémentaire au cours de l'adhésion au Contrat, il est de votre responsabilité de nous en informer afin que Nous puissions ajuster vos garanties et cotisations d'assurance en conséquence.

B. Augmentation des garanties en cours d'adhésion

L'Adhérent peut demander une augmentation de garanties à tout moment moyennant la réévaluation de la cotisation. L'augmentation de garanties est soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion au Contrat à cette date y compris les délais d'attente applicables.

Toute demande d'augmentation des garanties doit être accompagnée d'un questionnaire de santé détaillé et d'activités et est subordonnée le cas échéant à des formalités médicales supplémentaires, et/ou à des formalités financières concernant l'Assuré. Dans tous les cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'Assureur.

C. Ajout ou suppression de garanties ou options

L'Adhérent peut demander en cours d'adhésion au Contrat à tout moment, à ajouter ou supprimer une garantie ou une option moyennant une révision des cotisations.

L'ajout de garanties est soumis aux conditions applicables à une nouvelle adhésion au Contrat à cette date y compris application d'un éventuel délai d'attente sur la partie de garantie objet de la demande d'augmentation de garantie.

Toute demande d'ajout de garanties doit être accompagnée d'un questionnaire de santé détaillé et d'activités et est subordonnée le cas échéant à des formalités médicales supplémentaires, et/ou à des formalités financières concernant l'Assuré. Dans tous les cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'Assureur.

D. Changement de profession, de statut professionnel ou cessation d'activité professionnelle

En cours de vie de l'adhésion au contrat, il est de **votre responsabilité** de déclarer à l'Assureur tout changement de profession, de statut professionnel ou toute cessation d'activité professionnelle afin d'ajuster les garanties et les cotisations de votre adhésion au Contrat en conséquence.

Tout changement de profession ou de statut professionnel doit faire l'objet d'une nouvelle acceptation de la part de l'Assureur, qui pourra éventuellement demander à l'Assuré de remplir un questionnaire approprié. Après acceptation de l'Assureur, les garanties et les cotisations de votre adhésion au Contrat seront ajustées en conséquence, ce qui fera l'objet d'un avenant à votre adhésion au Contrat.

Aussi, l'Assuré dispose d'un délai de 30 jours pour déclarer à l'Assureur tout changement de situation.

En cas de non déclaration de votre part, les indemnisations seront réduites en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si le changement de profession ou de statut professionnel avait été complètement et exactement déclaré.

En cas de cessation d'activité professionnelle de l'Assuré, les garanties ITT, IPP, IPT, IP et Frais Généraux Permanents prennent automatiquement fin.

E. Changement de domicile ou de résidence

L'Assuré s'engage à informer l'Assureur de tout changement de domicile ou de résidence habituelle, et notamment de toute fixation durable hors de France, dès qu'il en a connaissance.

Cette déclaration permet à l'Assureur d'examiner les conditions de maintien des garanties, notamment au regard des modalités de reconnaissance et de gestion des sinistres.



F. Revalorisation des garanties

Lorsque l'Adhérent en fait la demande lors de l'adhésion au Contrat, les garanties ainsi que les cotisations seront augmentées les 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale. Pour permettre d'apprécier les conséquences de l'actualisation, l'Assureur communique chaque année les nouveaux montants des garanties et des cotisations à l'Adhérent. L'Adhérent a la possibilité de refuser l'actualisation chaque fois qu'elle est proposée. L'ajustement des garanties n'est acquis qu'après paiement de la cotisation correspondante.

G. Révision des rentes d'invalidité en cours de versement (IPT, IPP et IP)

Le montant de la rente due peut être révisé à la hausse ou à la baisse selon l'évolution du taux de l'Invalidité Permanente de la personne assurée. L'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré aux contrôles ou expertises stipulés à l'Article III.I de la présente Notice.

VI. Cotisation

A. Montant et évolution de la cotisation

Le montant de la 1^{ère} cotisation est calculé en fonction de l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion. Le détail de cette cotisation figure sur le Certificat d'Adhésion. Un droit d'adhésion unique à l'association ANOVA est prélevé avec la première cotisation. La cotisation évolue chaque année au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge atteint de l'Assuré, de la revalorisation des garanties si cette option a été choisie par l'Adhérent ainsi que des dispositions précisées à l'Article III.G. Chaque année, l'adhérent reçoit un avis d'échéance avec un échéancier mis à jour le cas échéant.

B. Règlement des cotisations

La périodicité du règlement des cotisations est indiquée sur le Certificat d'Adhésion. A l'adhésion au Contrat, l'Adhérent peut choisir de payer les cotisations annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à sa convenance en respectant les minima en vigueur. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels et trimestriels. Le paiement fractionné ne donne pas lieu à une majoration de la cotisation. Il est possible de changer la périodicité des cotisations sur simple demande en respectant les minima en vigueur et la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion au Contrat.

C. Défaut de paiement des cotisations

Si une cotisation n'a pas été payée à l'expiration d'un délai de 10 jours après la date d'échéance, il est adressé un courrier recommandé de mise en demeure à l'adhérent l'avertissant de cette situation et ses conséquences pour la continuité des garanties. Si la cotisation n'est toujours pas réglée dans un délai de 40 jours après l'envoi de ce courrier recommandé, les garanties seront résiliées (par application de l'article L 132-20 du Code des Assurances).

Suite à cette résiliation si une fraction des cotisations échues et impayées est afférente aux garanties non vie (c'est-à-dire des garanties couvrant les risques de décès accidentel, d'incapacité et d'invalidité), l'Assureur se réserve la faculté d'en poursuivre le recouvrement, le cas échéant, par la voie judiciaire.

VII. Informations générales

A. Qui contacter en cas de réclamation ?

Toute réclamation concernant l'adhésion au Contrat doit être adressée à :



Kereis France
MetLife – Service réclamations
CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Tel : 09 72 67 00 50

Email : reclamations@kereisfrance.com

Un accusé de réception sera adressé dans un délai de 10 jours et l'Adhérent recevra une réponse dans un délai ne dépassant pas deux mois.

En cas de réponse non satisfaisante, un recours peut être adressé auprès du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes : [La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09](#). Le Médiateur de l'Assurance peut également être saisi en ligne au www.mediation-assurance.org

La demande auprès du Médiateur de l'Assurance doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de l'Assureur.

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits d'intenter une action en justice.

B. Arbitrage et litige

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

C. Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion au Contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne, dans les conditions déterminées par les articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou
- toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par 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 cotisation,
 - l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, 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.

D. Organisme de contrôle

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517, Spencer Dock, Dublin 1, Irlande.

E. Territorialité

Les garanties s'exercent dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas 60 jours consécutifs, sauf dérogation accordée par l'Assureur et stipulée au Certificat d'Adhésion ou dans le dernier Avenant en vigueur. Les indemnités liées aux garanties ITT, IPT, IPP, IP, Capital Reconversion et Frais généraux ne peuvent être versées qu'après reconnaissance du sinistre par l'Assureur sur le territoire français.

Pour ouvrir droit au paiement des prestations, **les états d'incapacité et d'invalidité de l'Assuré survenus hors de France doivent être constatés médicalement en France Métropolitaine ou par un médecin mandaté par l'Assureur en cas d'impossibilité de se déplacer pour raison médicale.**

F. Loi applicable et juridiction

La présente adhésion ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la présente adhésion au Contrat sera de la compétence des juridictions françaises. La langue française est utilisée pour la présente adhésion au Contrat. Le montant des cotisations ainsi que celui des prestations sont exprimés et doivent être payés dans la monnaie nationale française en cours de validité au moment du paiement.

G. Renoncer à votre adhésion

Vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion au Contrat, dans les 30 jours qui suivent le moment où Vous avez été informé que votre adhésion au Contrat est conclue. La demande de renonciation peut être notifiée par tous moyens, en particulier via le site internet de l'Assureur (www.metlife.fr) ou par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :



Kereis France
MetLife - Gestion SNP
CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat d'assurance groupe SUPER NOVATERM PREVOYANCE N° du ___/___/___ et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la cotisation versée, soit ___ €.

Fait à le ___/___/___ Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties de la présente adhésion au Contrat et la restitution de l'intégralité des sommes que Vous avez versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

H. Résilier votre adhésion

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion au Contrat moyennant un préavis de 2 mois, chaque année à l'échéance anniversaire de votre adhésion au Contrat, dans les formes prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Toute notification de résiliation par courrier, doit être adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :



Kereis France
MetLife - Gestion SNP
CS 20008
44967 NANTES cedex 9

L'adhésion au Contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée. La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de cotisations de la part de l'Assureur.

I. Lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme

La réglementation impose aux organismes financiers et d'assurance de vérifier l'identité et certaines informations des personnes impliquées dans un contrat. Ces contrôles visent à prévenir le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Pour ce faire, Nous pouvons être amenés à Vous interroger ainsi que tout autre partie au contrat (Adhérents, Assurés, Bénéficiaires, tiers payants le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il peut également vous être demandé d'expliquer la raison de toute demande de résiliation intervenue dans les deux premières années de l'assurance.

J. E-documents

Les documents contractuels Vous seront envoyés à l'adresse e-mail communiquée à MetLife. Si Vous souhaitez recevoir ces documents par courrier, Vous devez en aviser MetLife en contactant le Service Relations Clients dont les coordonnées sont précisées à l'Article VII.H.

K - Sanctions

L'Adhérent est informé et reconnaît que l'Assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du contrat SUPER NOVATERM PREVOYANCE dès lors que l'exécution de ce contrat exposerait l'Assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les États-Unis d'Amérique.



	Garanties	Âges limites		Montant maximum
		Âge à l'adhésion	Âge de fin de garantie	
Garanties de base	Décès Décès sur la couverture Personne Clé PTIA	84 ans 74 ans 69 ans	90 ans 75 ans 70 ans	– 50 000 000 € pour le Décès – 20 000 000 € pour la PTIA
Options aux garanties de base	Rente éducation	69 ans	70 ans	– 2 000 € par mois
	Rente de conjoint	69 ans	70 ans	– 5 000 € par mois
	Maladies redoutées	69 ans	70 ans	Choix entre 40 000 €, 60 000 € et 80 000 €
	Doublement accidentel	69 ans	70 ans	2 000 000 €
Garanties complémentaires	IPT	Rente : 66 ans ou 69 ans selon option choisie Capital : 69 ans	Rente : 67 ans ou 70 ans selon option choisie Capital : 70 ans	Rente : – indemnitaire : 30 000 € par mois – forfaitaire : 9 000 € par mois Capital : – 1 000 000 € pour couvertures TNS et Famille – 5 000 000 € pour couvertures Associés et Personne Clé
	IPP	Rente : 66 ans ou 69 ans selon option choisie	Rente : 67 ans ou 70 ans selon option choisie	Rente : – indemnitaire : 30 000 € par mois – forfaitaire : 9 000 € par mois
	IP	66 ans ou 69 ans selon option choisie	67 ans ou 70 ans selon option choisie	Rente : – indemnitaire : 30 000 € par mois – forfaitaire : 9 000 € par mois
	ITT	69 ans	70 ans	Indemnité Journalière : – indemnitaire : 1 000 € – forfaitaire : 300 €
	Frais généraux	69 ans	70 ans	600 € par jour
	ITT + Frais généraux	69 ans	70 ans	1 200 € par jour
	Capital Reconversion	66 ans ou 69 ans selon option choisie	67 ans ou 70 ans selon option choisie	75 000€

FORMULES ET OPTIONS DU CONTRAT

Notice d'Information • Super Novaterm Prévoyance • 0626 • 29

LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Calcul du Taux d'invalidité

Taux d'Invalidité Professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%	10,00%	13,95%	18,05%	23,10%	29,24%	33,02%	36,59%	40,00%	43,27%	46,42%
20%	11,05%	20,00%	24,34%	31,75%	36,94%	41,60%	46,10%	50,40%	54,51%	58,48%
30%	12,16%	22,35%	30,00%	36,34%	42,17%	47,62%	52,78%	57,69%	62,40%	66,94%
40%	13,13%	25,20%	33,02%	40,00%	46,42%	52,42%	58,09%	63,50%	68,68%	73,68%
50%	14,24%	27,14%	35,57%	43,09%	50,00%	56,46%	62,57%	68,40%	73,99%	79,37%
60%	15,65%	28,85%	37,80%	45,79%	53,13%	60,00%	66,49%	72,69%	78,62%	84,34%
70%	17,12%	30,37%	39,79%	48,20%	55,93%	63,16%	70,00%	76,52%	82,79%	88,79%
80%	18,95%	31,75%	41,60%	50,40%	58,48%	66,04%	73,19%	80,00%	86,54%	92,83%
90%	21,15%	33,02%	43,27%	52,42%	60,82%	68,68%	76,12%	83,20%	90,00%	96,55%
100%	24,02%	34,20%	44,81%	54,29%	63,00%	71,14%	78,84%	86,18%	93,22%	100,00%

Exemples:

- Un Assuré présentant un taux d'invalidité fonctionnelle de 35% et un taux d'invalidité professionnelle de 45% se verra attribuer un taux d'Invalidité Permanente de 43,09% conformément au tableau ci-dessus. L'Assuré sera reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle.
- Un Assuré présentant un taux d'invalidité fonctionnelle de 55% et un taux d'invalidité professionnelle de 80% se verra attribuer un taux d'Invalidité Permanente de 66,04% conformément au tableau ci-dessus. L'Assuré sera reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale.

→ Par convention, lorsque l'évaluation des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle de l'Assuré conduit à les situer entre deux dizaines, le(s) taux retenu(s) pour la détermination de l'invalidité est celui(ceux) correspondant à la(les) dizaine(s) la(les) plus élevée(s), soit la(les) dizaine(s) la(les) plus favorable(s) à l'Assuré.



MetLife croit fermement à la protection de la confidentialité et à la sécurité de vos **données personnelles**. Le présent document est désigné par le terme « Politique de confidentialité » et décrit comment nous utilisons vos données à caractère personnel que nous recueillons et recevons.

Pour faciliter la compréhension de notre Politique de confidentialité, certains termes sont définis dans le **Glossaire** en fin de document.

Comment obtenir de l'aide

Pour toute question relative à notre Politique de Confidentialité ou insatisfaction quant à l'utilisation de vos données personnelles, veuillez contacter notre délégué à la protection des données dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous :

Délégué à la protection des données
dpdfrance@metlife.fr

MetLife - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX

Si vous n'êtes pas satisfait de notre réponse, vous pouvez vous adresser à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

3 place de Fontenoy, 75007 Paris

Tél. : 01 53 73 22 22

www.cnil.fr

Quels sont vos droits ?

Nous avons établi ci-dessous un résumé de vos droits concernant vos données à caractère personnel. Vous trouverez plus de détails sur vos droits à la page **Vos droits en matière de confidentialité** :

Droits	Qu'est-ce que cela veut dire ?
1. Le droit d'être informé	Vous avez le droit de recevoir des informations claires, transparentes et facilement compréhensibles sur la manière dont nous utilisons vos données personnelles et sur vos droits.
2. Le droit d'accès	Vous avez le droit d'obtenir un accès à vos données personnelles que nous traitons. Ce droit vise également l'accès aux informations relatives aux caractéristiques du traitement. <i>Pour plus d'informations, voir Accéder à vos informations.</i>
3. Le droit de rectification	Vous avez le droit de faire corriger vos données personnelles si elles sont inexactes ou incomplètes. <i>Pour plus d'informations, voir Rectifier vos informations.</i>
4. Le droit à l'effacement	Ce droit, également appelé le « droit à l'oubli », vous permet de demander la suppression de vos données personnelles lorsque nous n'avons plus de motifs pour les utiliser. Toutefois, nous pouvons avoir un droit ou une obligation légale de conserver ces informations. <i>Pour plus d'informations, voir Effacer vos informations.</i>
5. Le droit à la limitation du traitement	Dans certains cas, vous avez le droit de « bloquer » ou de supprimer l'utilisation ultérieure de vos informations. Lorsque le traitement est limité, nous pouvons toujours conserver vos informations, mais nous ne pourrions plus les utiliser ultérieurement. Nous tenons des listes des personnes ayant demandé à « bloquer » l'utilisation ultérieure de leurs données personnelles pour nous assurer que la restriction soit respectée. <i>Pour plus d'informations, voir Limiter le traitement de vos informations.</i>
6. Le droit à la portabilité	Vous avez le droit d'obtenir une copie de certaines des données à caractère personnel que nous détenons sur vous et de les réutiliser ou de les partager à des fins personnelles. <i>Pour plus d'informations, voir Recevoir vos données à caractère personnel.</i>
7. Le droit d'opposition	Vous avez le droit de contester certains types de traitement, y compris le traitement à des fins de prospection (ce que nous faisons uniquement avec votre consentement). <i>Pour plus d'informations, voir S'opposer au traitement.</i>
8. Droits relatifs à la prise de décision automatisée et au profilage	Nous avons recours à la technologie pour créer des profils types. Cela signifie que nous faisons certaines suppositions sur les produits d'assurance qui pourraient vous intéresser et les utilisons pour vous envoyer des courriers marketing et/ou des produits d'assurance plus adaptés. <i>Pour plus d'informations, ou pour demander un examen d'une décision par l'une de nos équipes, voir Droits relatifs à la prise de décision automatisée et au profilage.</i>

À propos de MetLife

MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant sous le nom commercial MetLife) sont des sociétés de droit irlandais, constituées sous la forme de « Designated Activity Company », dont le siège social est situé au 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. Elles sont immatriculées en Irlande respectivement sous les numéros 415123 et 472350 et sont réglementées par la Central Bank of Ireland (autorité de contrôle irlandaise).

Les succursales pour la France sont situées au 52 avenue du Général de Gaulle, 92800 Puteaux, et sont immatriculées au RCS de Nanterre respectivement sous les numéros 799 036 710 et 798956314.

MetLife est le **Responsable de traitement** de vos données personnelles.

Comment nous vous contactons

Nous pouvons vous contacter via l'un ou plusieurs des moyens de communication suivants : par téléphone, courrier, e-mail, message (SMS), messagerie instantanée ou par d'autres moyens électroniques.

Nous enregistrons tous les appels téléphoniques pour évaluer nos services et à des fins d'audit et de formation. Nous stockons en toute sécurité les enregistrements téléphoniques, conformément à nos politiques de conservation et aux lois en vigueur. L'accès à ces enregistrements est limité aux personnes ayant besoin d'y accéder aux fins énoncées dans la présente Politique.

Ce que nous apprenons sur vous

Les types de données personnelles que nous détenons peuvent inclure vos :

- nom ;
- coordonnées permettant de vous contacter y compris vos adresses e-mails et numéros de téléphone ;
- numéro de police ;
- données personnelles financières y compris vos coordonnées bancaires pour des prélèvements automatiques ;
- âge ou date de naissance ;
- sexe, profession ;
- hobbies, activités de loisirs ou sports ;
- détails de toute condamnation pénale ;
- **catégories particulières de données à caractère personnel** (voir ci-dessous).

Comment nous obtenons des informations sur vous

Ce que nous savons sur vous nous est essentiellement communiqué par vous lorsque vous nous contactez la première fois et lorsque vous êtes notre client. Vous pouvez nous communiquer des données à caractère personnel à différents moments et via plusieurs moyens de communication, y compris téléphone, e-mail ou courrier, par exemple lorsque vous :

- demandez des informations sur l'un de nos produits ou services d'assurance, ou en sollicitez un ;
- vous enregistrez pour accéder aux informations de votre compte financier ;
- demandez à ce qu'un conseiller de MetLife vous contacte ;
- participez à toute promotion ou enquête de MetLife ;
- faites une réclamation ; ou
- déposez une plainte.

En outre, nous pouvons recevoir des données personnelles par :

- des **Sponsors** qui nous fournissent des listes marketing incluant vos données à caractère personnel lorsque vous avez explicitement consenti ;
- à cet usage ; ou
- des banques/institutions de crédit et intermédiaires en assurance distribuant nos produits et services d'assurance.

Nous sommes susceptibles de vérifier vos données personnelles pour nous assurer qu'elles sont correctes et complètes auprès d'autres sources telles que vos proches, employeurs, prestataires de soins santé, autres assureurs, conseillers financiers, autres prestataires de services financiers ou **organismes de lutte antifraude**. Certaines de nos sources peuvent nous communiquer des **catégories particulières de données à caractère personnel**. Ces informations peuvent nous être communiquées par email.

Comment nous traitons les catégories particulières de données personnelles

Nous pouvons recevoir ou recueillir des **catégories particulières de données personnelles** à caractère sensible telles que les données médicales.

Le traitement des catégories particulières de données personnelles nécessite votre consentement. L'absence de consentement aura pour conséquences de rendre impossible la gestion de votre contrat y incluant le traitement des sinistres éventuels.

Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel

Nous utilisons vos données à caractère personnel pour :

- vous proposer une assurance et gérer votre contrat d'assurance ;
- vérifier votre identité et se conformer à nos exigences légales et réglementaires ;
- vous communiquer les informations, produits et services que vous nous demandez ;
- gérer notre relation ;
- vérifier vos instructions ;
- analyser, accéder et améliorer nos services ;
- examiner toute réclamation que vous pourriez faire ;
- fournir des preuves dans tout litige ou litige éventuel entre nous ;
- vous communiquer des informations marketing lorsque vous avez consenti au marketing direct (veuillez consulter également la rubrique [Marketing direct](#) ci-dessous) ;
- vous informer des changements appliqués à nos produits et services d'assurance ;
- former notre personnel ; et
- suivre la qualité de nos produits et services d'assurance.

Nous pourrions également utiliser la technologie pour prendre des décisions automatisées y compris un profilage. Cette technologie utilise des algorithmes pour nous aider à cibler et proposer un produit d'assurance adapté. Cela signifie pour vous que les interactions peuvent être adaptées aux données personnelles rassemblées.

Pour une structure privée, effectuer un profilage des individus permet de mieux connaître leurs habitudes de consommation et davantage cibler les actions de promotion, afin de ne leur envoyer que les promotions qui sont réellement susceptibles de les intéresser. Si vous pensez que notre technologie fait une erreur, vous pouvez à tout moment nous demander d'examiner la décision. (Voir « Vos droits - Droits relatifs à la prise de décision automatisée et au profilage ».)

Les données personnelles, y compris les catégories particulières de données personnelles, que vous fournissez lorsque vous remplissez le formulaire de déclaration de sinistre et que vous envoyez des documents médicaux, sont utilisées par MetLife à des fins strictement liées à l'évaluation du sinistre afin de déterminer votre droit à indemnisation selon les conditions légales et contractuelles. Cela comprend la vérification de l'authenticité des documents produits lors de la déclaration du sinistre, notamment grâce à l'utilisation de technologies spécialement conçues à des fins de lutte contre la fraude, qui effectuent l'analyse de l'authenticité des fichiers numériques (documents et images) à l'aide d'une intelligence artificielle et d'une validation ultérieure par du personnel autorisé.

Légalité de notre traitement des données personnelles qui ne font pas partie d'une catégorie particulière de données à caractère personnel

La base juridique de notre traitement des données à caractère personnel qui ne font pas partie d'une **catégorie particulière de données à caractère personnel** dépendra de la raison pour laquelle nous traitons vos informations.

Lorsque vous souhaitez conclure ou avez signé un contrat d'assurance, nous traiterons vos données personnelles pour nous permettre de conclure et de gérer le contrat.

Lorsque vous utilisez notre site internet, nous traiterons vos données à caractère personnel recueillies par l'utilisation de cookies conformément à notre politique d'utilisation des cookies. Vous pouvez consulter notre Politique d'utilisation des cookies sur notre site interne.

Nous pourrions également avoir besoin de traiter vos données à caractère personnel pour respecter nos obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, la prévention du terrorisme et la vérification des sanctions, les plaintes et enquêtes ou les litiges.

Nous avons également un intérêt légitime à traiter vos données personnelles pour :

- l'analyse des réclamations y compris pour nous aider à fixer le prix de nos produits ;
- aux fins de souscription et de gestion de votre police d'assurance et pour traiter toute réclamation y afférente, ce qui peut inclure le partage de données avec d'autres sociétés du Groupe MetLife, des intermédiaires et d'autres sociétés liées à MetLife (veuillez voir également [Comment nous divulguons vos données à caractère personnel](#)) ;
- aux fins de communication ;
- l'analyse de données personnelles anonymes pour nous permettre de développer et de cibler la prospection de nos produits et services ;
- la gestion continue de notre relation et maintien avec vous ;
- nos fins commerciales internes qui peuvent inclure une reprise des activités après un sinistre, la conservation/le stockage de documents, la continuité
- du service informatique (comme les sauvegardes et l'assistance) pour garantir la qualité des produits et services d'assurance que nous vous fournissons ;
- transactions d'entreprise (veuillez voir également la rubrique ci-dessous [Comment nous traitons les données à caractère personnel lors d'une acquisition ou d'une vente](#)) ; et

- l'analyse de portefeuille mais uniquement de manière anonyme afin de nous permettre d'améliorer les produits et services d'assurance que nous fournissons aux clients.

Nous utiliserons les données à caractère personnel pertinentes pour vous communiquer des informations sur les produits, les offres spéciales et les services qui peuvent vous intéresser, sous réserve de votre accord.

Nous demanderons toujours votre consentement pour traiter vos données personnelles lorsque nous y sommes légalement obligés.

Comment nous divulguons vos données à caractère personnel

Nous pouvons utiliser et partager vos données à caractère personnel avec d'autres sociétés du Groupe MetLife pour :

- nous aider à évaluer votre demande de produits et services d'assurance ;
- nous aider à gérer votre police d'assurance et à traiter les réclamations ;
- confirmer ou rectifier les informations que nous avons sur vous ;
- nous aider à prévenir la fraude, le blanchiment de capitaux, le terrorisme et d'autres crimes en vérifiant les informations que nous détenons sur vous ;
- réaliser des recherches pour notre compte ;
- se conformer à la loi, par exemple, pour nous permettre de partager vos données à caractère personnel avec la police ou les organismes de lutte contre la fraude lorsque cela est nécessaire pour prévenir la fraude ;
- évaluer notre activité ;
- vous communiquer des informations sur MetLife, nos produits, des offres spéciales et des services qui pourraient vous intéresser ; et
- accomplir toute autre finalité commerciale telle que le développement de produit et l'administration du site internet.

Nous pouvons partager vos données à caractère personnel avec nos conseillers et avec d'autres tiers qui nous aident à vous proposer des produits et services d'assurance. Par exemple, nous pouvons partager vos données à caractère personnel :

- pour respecter la loi ou les règles de tout organisme de réglementation dont les règles s'appliquent à MetLife ;
- avec la police, et les **organismes de lutte antifraude** pour vérifier votre identité et si vous avez un casier judiciaire lorsque nous traitons une
- demande ou réclamation ;
- avec des tiers gestionnaires pour nous aider dans la gestion de votre police d'assurance ou de toute réclamation ;
- avec les sociétés imprimant ou envoyant des courriers et réalisant des activités de prospection pour notre compte ;
- avec des **réassureurs** qui aident à gérer nos activités et qui réduisent les risques liés aux polices d'assurance souscrites en répartissant les risques au sein d'institutions alternatives ;
- avec des **courtiers en assurance** ; ou
- avec des professionnels de santé, y compris des médecins et des centres médicaux.

Lorsque nous partageons vos données à caractère personnel avec des tiers qui réalisent des services commerciaux pour notre compte, nous exigeons d'eux qu'ils prennent les mesures nécessaires pour protéger vos données à caractère personnel et qu'ils les utilisent uniquement en vue de réaliser ces services.

Il existe d'autres raisons pour lesquelles nous sommes susceptibles de partager vos données personnelles :

- faire appliquer le contrat d'assurance ;
- répondre aux demandes d'un tribunal, d'une autorité de contrôle ou d'un gouvernement dans le cadre notamment d'un mandat d'arrêt ou d'une
- décision de justice ; et
- remettre les données à caractère personnel à l'Etat qui décidera d'éventuelles prestations à sa charge.

Comment nous traitons les données à caractère personnel lors d'une acquisition ou vente

À tout moment, nous pouvons vendre l'une ou plusieurs de nos activités ou gammes de produit/service à un autre prestataire, et vos données à caractère personnel peuvent être transférées dans le cadre de cette vente. Tout nouveau prestataire continuera à utiliser vos données à caractère personnel aux mêmes fins, sauf si vous recevez une notification contraire. Nous pouvons également partager vos données à caractère personnel avec des acquéreurs éventuels de nos activités et leurs conseillers, mais nous nous assurerons que les protections nécessaires sont en place pour protéger vos informations dans ces cas.

Comment nous protégeons vos données à caractère personnel

La sécurité et confidentialité de vos données à caractère personnel sont extrêmement importantes pour nous. Nous avons mis en place des procédures de sécurité ainsi que des mesures techniques de sécurité, pour :

- protéger vos données à caractère personnel de tout accès non autorisé et utilisation abusive ;
- sécuriser nos systèmes informatiques et protéger les informations ; et
- garantir que nous pouvons restaurer vos données dans des cas où elles seraient endommagées ou perdues.

Au besoin, nous utilisons le cryptage ou d'autres mesures de sécurité que nous estimons appropriées pour protéger vos données à caractère personnel. Nous réexaminons nos procédures de sécurité régulièrement pour réfléchir à de nouvelles technologies appropriées et à des méthodes actualisées. Mais, en dépit de nos efforts raisonnables, aucune mesure de sécurité n'est parfaite ou infaillible.

Marketing direct

Avec votre accord, nous pouvons vous envoyer du contenu marketing en rapport avec les produits, offres spéciales ou services susceptibles de vous intéresser. Des emails de marketing direct peuvent vous être envoyés. Vous pouvez également être contacté par téléphone, avec votre accord.

Si vous ne souhaitez plus recevoir du contenu marketing, c'est simple. À chaque fois que vous recevrez du contenu marketing direct, il vous sera indiqué comment vous désinscrire dans ce contenu. Vous pouvez également sélectionner l'option « vous désinscrire » sur tout e-mail de marketing qui pourrait vous être envoyé.

Où transférons-nous vos informations ?

Nous pouvons transférer vos données à caractère personnel vers d'autres pays. Les pays de l'Espace Économique Européen sont réputés offrir le même niveau de protection des données à caractère personnel que la France. Lorsque nous transférons des données à caractère personnel ou les partageons avec d'autres pays hors de l'Espace Économique Européen, nous nous assurons que les personnes ou sociétés destinataires acceptent de les protéger de toute utilisation abusive ou toute divulgation, conformément à la loi relative à la protection des données, au moyen de **clauses types** ou d'autres mécanismes appropriés. Les sociétés hors de l'Espace Économique

Européen destinataires incluent les autres sociétés du Groupe MetLife, les prestataires de services informatiques et d'autres fournisseurs.

Combien de temps conserverons-nous vos informations ?

Nos politiques de conservation des données respectent les lois en vigueur et la législation sur la protection de la vie privée auxquelles nous sommes soumis. Elles définissent la durée pour laquelle nous sommes autorisés à conserver tous les types de données et sont revues régulièrement.

La durée de conservation de vos données personnelles dépend des délais de prescription applicables. En l'absence de souscription du contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Les données que nous ne pouvons plus conserver, conformément aux restrictions de durée définies dans nos procédures, sont détruites.

Lorsque nous continuons à utiliser les données à des fins statistiques ou de recherche, nous nous assurons que les données sont anonymisées afin que vous ne puissiez en aucune façon être identifié par celles-ci.

Comment serez-vous informé de toute modification de cette Politique de confidentialité ?

Nous pouvons modifier la présente Politique de confidentialité à tout moment. Tout changement important dans la façon dont vos données à caractère personnel sont recueillies, utilisées ou partagées, fera l'objet d'une publication sur notre site internet.

Droit applicable

La présente Politique de confidentialité est régie par le droit français.

Vos droits à la vie privée

Cette rubrique explique plus en détails vos droits. Ces différents droits sont soumis à certaines exceptions.

Vous pouvez obtenir plus d'informations et de conseil sur vos droits auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy, 75007 Paris Tél. : 01 53 73 22 22 ou sur son site www.cnil.fr

Vous pouvez demander à recevoir gratuitement les données personnelles vous concernant sauf dans les cas suivants, où des frais raisonnables vous seront facturés pour couvrir nos coûts administratifs pour :

- les demandes manifestement sans fondement ou excessives/répétées, ou
- plusieurs copies des mêmes informations.

Par ailleurs, nous avons le droit de refuser de répondre à cette demande. Veuillez examiner votre demande de manière responsable avant de l'envoyer. Nous vous répondrons dès que possible, en général, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de votre demande. Vous serez informé dans le cas où votre demande nécessiterait un délai de traitement plus long.

Afin d'exercer l'un des droits décrits ci-dessous, contactez-nous en écrivant au Délégué à la Protection des Données de MetLife à MetLife, TSA 36835, 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.

Comment pouvons-nous vous aider ?

Accéder à vos informations	P3
Rectifier vos informations	P3
Effacer vos informations	P4
Limiter le traitement de vos informations	P4
Recevoir vos données à caractère personnel	P4
S'opposer au traitement	P4
Prise de décision automatisée et profilage	P4

Accéder à vos informations

À quoi pouvez-vous demander accès ?

Vous avez le droit de :

- recevoir une confirmation de notre part indiquant que vos données personnelles sont traitées ;
- avoir accès à vos informations ; et
- à certaines autres données personnelles.

Vous pouvez demander des copies des dossiers papiers et électroniques (y compris des appels enregistrés, s'il y a lieu) que nous détenons, partageons ou utilisons. Nous pouvons demander un justificatif d'identité et suffisamment de données personnelles pour nous permettre de localiser les données à caractère personnel demandées.

À quoi me sera-t-il refusé l'accès ?

Nous pouvons uniquement vous communiquer vos informations, et non les données à caractère personnel d'autres personnes. Nous ne sommes pas tenus de vous communiquer les informations vous concernant en rapport avec une plainte ou une procédure judiciaire et/ou lorsque l'accès à ces informations porterait atteinte aux droits d'une autre personne.

Veuillez identifier clairement les données personnelles dans votre demande d'accès. Si votre demande n'est pas claire, nous pouvons vous recontacter pour obtenir plus de précisions.

Rectifier vos informations

Vous avez le droit d'obtenir la rectification de vos données personnelles inexacts. Nous examinerons alors votre demande et vos données personnelles pourront être rectifiées. Tout refus de rectification de notre part vous sera notifié.

Si vous considérez que nos informations sont toujours inexacts, vous pouvez nous l'indiquer par écrit (voir [Obtenir plus d'informations relatives aux données](#)

à caractère personnel pour les coordonnées). Votre déclaration sera intégrée au transfert de vos données personnelles à toute personne hors de MetLife.

Vous avez le droit de demander que vos données personnelles incomplètes soient complétées en fournissant une déclaration supplémentaire.

Votre demande de rectification est notifiée à toute tierce partie avec qui nous avons partagé vos données à caractère personnel (voir « **Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel** »). Une telle notification peut se révéler impossible ou exiger des efforts disproportionnés, malgré les mesures prises. Nous ne serions alors pas en mesure de notifier votre demande de rectification ou garantir que cette tierce partie procèdera à la rectification des données à caractère personnel en sa possession.

Comment consulter et rectifier vos informations

Vous pouvez consulter vos données personnelles ou nous prendrons des mesures nécessaires pour rectifier toute information inexacte sur demande écrite de votre part.

Pour des raisons de confidentialité judiciaire, nous pouvons ne pas être en droit de vous donner un accès aux informations vous concernant en rapport avec une plainte ou une procédure judiciaire.

Effacer vos informations

Quand pouvez-vous demander l'effacement de vos informations ?

Sous réserve de la rubrique ci-dessous « **Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de suppression ?** », vous avez le droit de faire supprimer vos données à caractère personnel, et d'interdire leur traitement, lorsque :

- les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires pour la finalité à laquelle elles ont été recueillies/traitées à l'origine ;
- vous retirez votre consentement (préalablement accordé et qui était requis pour traiter ces données) ;

- vous vous opposez au traitement et nos intérêts légitimes à pouvoir continuer de traiter vos données à caractère personnel ne sont pas prioritaires ;
- nous avons traité vos données à caractère personnel en violation de lois sur la protection des données ; ou
- les données à caractère personnel doivent être effacées afin de respecter une obligation légale.

Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de suppression ?

Le droit à l'effacement ne s'applique pas lorsque vos informations sont traitées pour certaines raisons spécifiques, notamment pour l'exercice ou la défense d'un droit en justice.

Sachez que si nous devons effacer vos données, nous ne pourrions plus vous maintenir votre couverture d'assurance ou vous proposer d'autres produits et services. En effet, la gestion du contrat d'assurance souscrit implique un traitement de vos données.

Devons-nous informer les autres destinataires de vos données personnelles de votre demande de suppression ?

Lorsque nous avons transféré à des tiers les données à caractère personnel que vous souhaitez supprimer (voir « **Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel** »), nous devons les informer de votre demande de suppression, afin qu'ils puissent supprimer les données personnelles en question. Une telle notification peut se révéler impossible ou exiger des efforts disproportionnés, malgré les mesures prises. Il est également possible que le destinataire ne soit pas tenu/autorisé à supprimer vos données à caractère personnel car l'une des exemptions ci-dessous s'applique (voir « **Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de suppression ?** »)

Limitier le traitement de vos informations

Quand est-il possible de limiter le traitement de vos informations ?

Vous avez le droit de limiter le traitement de vos données personnelles :

- lorsque vous n'êtes pas d'accord avec l'exactitude des informations, nous devons alors limiter le traitement jusqu'à ce que nous ayons vérifié l'exactitude des informations ;
- lorsque le traitement est illégal et que vous refusez la suppression mais demandez une restriction à la place ;
- si nous n'avons plus besoin des données à caractère personnel mais que vous en avez besoin pour établir, exercer ou défendre un droit en justice ; ou
- lorsque vous vous êtes opposé au traitement dans les cas mentionnés au paragraphe (a) de « **S'opposer au traitement** », et que nous devons déterminer si ces intérêts légitimes devraient avoir la priorité.

Devons-nous informer les autres destinataires de vos données personnelles de la restriction demandée ?

Lorsque nous avons transféré vos données à caractère personnel à des tiers, nous devons les informer de la restriction sur le traitement de vos informations, afin qu'ils cessent de les traiter.

Une telle notification peut se révéler impossible ou exiger des efforts disproportionnés malgré les mesures prises.

Nous vous indiquerons également si nous décidons de lever une restriction sur le traitement.

Recevoir vos données à caractère personnel

Quand le droit à la portabilité des données est-il applicable ?

Le droit à la portabilité des données est applicable :

- aux données à caractère personnel que vous nous avez communiquées (pas aux autres informations) ;
- lorsque le traitement se fonde sur votre consentement ou la conclusion d'un contrat ; et
- lorsque le traitement est mené par des moyens automatisés.

Le droit à la portabilité est applicable uniquement aux données personnelles fournies dans le cadre de nos produits d'assurance et/ou marketing direct.

Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de portabilité des données ?

Nous pouvons rejeter votre demande de portabilité de données si le traitement ne satisfait pas les critères ci-dessus. De plus, si les données à caractère personnel concernent plus d'une personne, nous pouvons refuser de vous les transférer si cela portait atteinte aux droits des autres personnes.

S'opposer au traitement

Vous pouvez vous opposer au traitement dans les cas suivants :

(a) Intérêts légitimes

Vous avez le droit de vous opposer, à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de vos données à caractère personnel fondé sur des intérêts légitimes.

Il sera mis fin au traitement de vos données à caractère personnel, à moins que nous puissions démontrer qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement de vos données à caractère personnel qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés, ou pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

(b) Marketing direct

Vous pouvez vous opposer, à tout moment, au traitement de vos données à caractère personnel à des fins de prospection/marketing direct (y compris à des fins de profilage).

Vous pouvez vous désinscrire pour ne plus recevoir de newsletters ou d'autres emails de notre part, en cliquant sur le lien de désinscription figurant dans l'email. Vous pouvez également choisir de vous désinscrire des contenus marketing de notre part (voir « **Obtenir plus d'informations relatives aux données à caractère personnel** »).

Prise de décision automatisée et profilage

Vous avez le droit de vous opposer à une décision basée uniquement sur un traitement automatisé, y compris sur un profilage, qui aurait des effets juridiques pour vous ou vous affecterait de manière significative.

Comme indiqué dans notre Politique de confidentialité, nous pourrions utiliser une technologie qui réalise des prises de décisions automatisées et du profilage. (Voir « **Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel** »).

Nous le ferions uniquement lorsque :

- cela est nécessaire pour la conclusion ou l'exécution d'un contrat entre nous ;
- ceci est autorisé par la Loi Informatique et Libertés telle que modifiée, que nous devons respecter et qui inclut des protections de vos droits, libertés et intérêts légitimes ; ou
- nous avons obtenu votre consentement explicite pour le faire à ces fins.

Bien que nous ayons confiance dans le fonctionnement de notre technologie, nous comprenons les inquiétudes suscitées par les décisions automatisées. C'est pourquoi vous pouvez demander une intervention humaine : indiquez-nous vos inquiétudes et contestez la décision si vous pensez que notre technologie a fait une erreur.

Glossaire

Les **Catégories particulières de données à caractère personnel** sont des types de données à caractère personnel qui peuvent révéler l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle, des informations sur la santé et toute donnée génétique ou biométrique d'une personne.

Les **Clauses types** sont des clauses contractuelles standard qui ont été approuvées par la Commission européenne comme offrant des garanties suffisantes pour permettre le transfert des données à caractère personnel hors de l'Espace Economique Européen.

Les **Données à caractère personnel** ou **Données Personnelles** sont toutes les informations personnelles relatives à une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par ces informations.

Les **Intermédiaires en assurance** tels que les courtiers trouvent des assureurs qui peuvent proposer un produit d'assurance qui corresponde aux exigences et besoins du client.

Les **Organismes de lutte antifraude** recueillent, maintiennent et partagent des données à caractère personnel sur le plan international sur des activités frauduleuses avérées et présumées.

La **Prise de décision automatisée** désigne les décisions prises par une analyse informatique comprenant le profilage, sans aucun réexamen ni aucune vérification par une action humaine, se basant sur le fait de savoir si les informations fournies correspondent à des critères d'acceptation prédéfinis ou non.

Le **Profilage** désigne toute forme de traitement automatisé des données à caractère personnel lorsque ces données sont utilisées pour analyser ou prévoir certains aspects personnels comme la situation économique, la santé, les préférences personnelles, les intérêts, la fiabilité ou le comportement d'une personne physique.

Les **Réassureurs** offrent une assurance aux compagnies d'assurance pour leur permettre de gérer leurs risques.

Le **Responsable du traitement** est la personne ou l'organisation qui décide des finalités et moyens de traitement des données à caractère personnel, seule ou avec d'autres parties.

Les **Sponsors** sont des tiers qui nous fournissent des listes de noms et de coordonnées à des fins de marketing.

Le **Traitement** désigne toute opération ou tout ensemble d'opérations réalisées sur les données à caractère personnel à savoir, la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conversation, l'altération, le retrait, la consultation, l'utilisation, la divulgation, l'effacement ou la destruction.



Protection Juridique Prévoyance MetLife

Accord cadre N°M0016036 – Conditions Générales

Contrat régi par le Code des assurances, les conditions générales Metlife « Super Novaterm Prévoyance » et les conditions décrites ci-après.

Le présent contrat d'assurance de protection juridique constitue une extension de votre contrat Super Novaterm Prévoyance (Note d'information – NISNP10).

LE SOUSCRIPTEUR : MetLife Europe d.a.c Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123, dont le siège social est situé 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande, et dont la succursale en France est située au 52 avenue du Général de Gaulle, 92800 Puteaux. RCS Nanterre 799 036 710.

L'ASSUREUR : Cfdp Assurances, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social au 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Lyon sous le numéro B 958 506 156.

VOUS : L'adhérent tel que défini au contrat Super Novaterm Prévoyance du Souscripteur et ses assurés, dûment désignés à l'Assureur, pouvant prétendre au bénéfice des garanties du présent Contrat.

LE TIERS : Toute personne autre que le Souscripteur, l'Assureur ou un assuré au titre du contrat Super Novaterm Prévoyance.

LE FAIT GENERATEUR : L'évènement ou le fait connu de Vous, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que Vous subissez ou causez à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation. En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par Vous est susceptible d'être réprimé par la loi.

LE LITIGE : Une situation conflictuelle garantie Vous opposant à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

LE REFUS : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

LE SINISTRE : Le Refus qui est opposé à une réclamation dont Vous êtes l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

PERIODE D'ASSURANCE : La période annuelle d'assurance comprise entre deux échéances anniversaires de prime. Si la date d'effet du contrat est différente de l'échéance anniversaire, il faut entendre pour la première période, la période comprise entre la date d'effet et la prochaine échéance anniversaire. En cas de résiliation, la période d'assurance est la fraction de la période annuelle d'assurance déjà écoulée à la date d'effet de la résiliation.

Pour mieux identifier les termes à valeur contractuelle, ils seront utilisés avec une majuscule dans les présentes.

L'Assureur Vous apporte :

Article 1 – Une assistance juridique préventive

• L'assistance juridique téléphonique :

Au numéro spécial MetLife PJ Prévoyance, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous renseigner sur tous les domaines du droit français.

Que ce soit dans votre vie privée ou vie professionnelle, des juristes qualifiés sont à votre écoute pour répondre à vos interrogations, Vous informer sur vos droits, Vous proposer des solutions concrètes, et envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

Aucun document ne Vous sera adressé et l'information sera exclusivement donnée par téléphone.

Certaines demandes pourront nécessiter une recherche approfondie et un rendez-vous téléphonique sera alors pris avec Vous sous 48h pour Vous apporter une réponse argumentée.

• L'aide à la compréhension des documents juridiques :

Lorsque Vous rencontrez des difficultés dans la compréhension de documents juridiques (baux commerciaux, contrat de travail, contrat de vente ...), pour limiter tout risque de conflit, Vous pouvez questionner des juristes afin d'être éclairé avant une prise de décision.

Les renseignements fournis dans le cadre de cet article ne se substitueront en aucun cas aux conseils des intervenants habituels tels qu'avocats, commissaires de justice, notaires ou autres spécialistes.

Article 2 – des services

• Un accueil sur rendez-vous au plus proche de chez Vous

Sur simple demande, Vous pouvez rencontrer des juristes dans la délégation la plus proche parmi les implantations de l'Assureur réparties sur tout le territoire.

Il Vous suffit de contacter votre interlocuteur habituel afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.



• L'assistance psychologique

Vous traversez une période difficile sur un plan familial ou professionnel, ou êtes amené à surmonter une épreuve : deuil, maladie, licenciement... ; Vous ressentez de manière récurrente un stress, une souffrance physique ou morale... Toutes ces difficultés peuvent avoir des répercussions sur votre vie.

L'Assureur met à votre disposition une ligne d'accompagnement psychologique, qui Vous garantit un espace de parole libre et un soutien dans votre réflexion.

Cette assistance Vous permet de sortir de l'isolement, de faire le point, de dédramatiser les situations, afin de Vous aider à prendre de la distance, dépasser vos angoisses et gérer votre stress.

Ce service est assuré par une équipe de psychologues (cliniciens ou du développement), spécialisés dans l'accompagnement à distance.

Vous pouvez ainsi bénéficier de deux (2) accompagnements (dans la limite de dix (10) entretiens par accompagnement) par Période d'Assurance, sur rendez-vous.

• L'accompagnement social

Vous traversez une période difficile et avez des besoins liés à la santé, la famille, l'emploi, le budget... Vous souhaitez également être conseillé, orienté, accompagné pour l'accès aux aides sociales, aux secours financiers ou aux services à la personne.

L'Assureur Vous offre un service d'accompagnement social qui peut être sollicité à l'occasion d'un changement de situation professionnelle (arrêt maladie, reconnaissance de qualité de travailleur handicapé, départ à la retraite...) ; d'un changement de situation familiale (naissance d'un enfant, divorce, deuil...) ; d'un changement de situation médicale (maladie, handicap...)...

L'accompagnement est réalisé par une équipe de travailleurs sociaux (assistantes sociales et conseillères en économie sociale et familiale) qui peut être sollicitée pour tout type de demande.

Vous pouvez ainsi bénéficier de deux (2) accompagnements (dans la limite de dix (10) entretiens par accompagnement) par Période d'Assurance, sur rendez-vous.

• L'assistance e-réputation

Vous faites l'objet sur un espace d'échanges en ligne (réseau social numérique, blog et forum) d'une atteinte à votre réputation ou êtes victime de propos diffamants ou fallacieux et souhaitez voir cesser ces diffusions.

L'Assureur prend en charge, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis, une (1) prestation auprès d'un médiateur spécialiste en e-réputation, qui interviendra auprès du Tiers responsable de l'espace d'échanges ou le cas échéant auprès de l'hébergeur, de l'administrateur, du webmaster, des modérateurs et autres community managers, pour obtenir soit le retrait pur et simple de la publication, soit un droit de réponse afin que Vous puissiez faire valoir votre position. Dans ce dernier cas, le médiateur en e-réputation prendra en charge votre dossier et Vous conseillera sur la formulation de votre réponse.

N.B. : Cette consultation pourra être prolongée par une mission de communication additionnelle, dans le cadre d'un accord conclu entre Vous et le médiateur en e-réputation ; les frais relatifs à cette mission demeureront à votre charge.

• L'assistance communication média

Vous faites l'objet d'une mise en cause publique via un support usuel de communication, qu'il soit écrit, audiovisuel, télématique ou autre (hors réseaux sociaux numériques, blogs et forums) et souhaitez qu'il y soit mis un terme.

L'Assureur prend en charge, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis, une (1) consultation auprès de l'agence de communication qui Vous conseillera sur la conduite à tenir et éventuellement sur la formulation de la réponse la plus adaptée, dans le cadre de l'exercice de votre droit de réponse.

N.B. : Cette consultation pourra être prolongée par une mission de communication additionnelle, dans le cadre d'un accord conclu entre Vous et l'agence de communication ; les frais relatifs à cette mission demeureront à votre charge.

Article 3 – Une protection juridique

LES DOMAINES GARANTIS

• Une Protection Santé

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre du Tiers responsable de votre préjudice.

Vous êtes victime d'une erreur médicale, paramédicale ou pharmaceutique, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux.

Par extension et **dans le cadre d'un évènement cité ci-avant**, peut prétendre au bénéfice de la garantie toute personne définie comme bénéficiaire au contrat Super Novaterm Prévoyance du Souscripteur lorsqu'elle est victime par ricochet et qu'elle souhaite être assistée et faire valoir ses droits à l'encontre du Tiers responsable du préjudice que Vous subissez.

NB : Dans ce dernier cas et lorsque le préjudice subi par le bénéficiaire victime par ricochet est consécutif à la survenance d'un évènement mettant fin au contrat Super Novaterm Prévoyance, la présente garantie prend fin à l'expiration d'un délai de douze (12) mois à compter dudit évènement.

• Une protection des ayants-droit à la suite de votre décès

Vos ayants-droit, désignés comme bénéficiaires au contrat Super Novaterm Prévoyance, rencontrent des difficultés de tous ordres dans la poursuite de l'activité professionnelle déclarée ou dans l'exécution de contrats en cours : Litige avec l'administration, avec un partenaire commercial...

NB : Par extension, la présente garantie prend fin à l'expiration d'un délai de douze (12) mois à compter du jour du décès.

• Une Protection sociale

Vous recevez un avis de contrôle de vos cotisations sociales de la part de l'URSSAF ou de tout autre organisme assimilé.

Sous réserve que l'avis de contrôle Vous ait été adressé postérieurement à la prise d'effet du contrat, l'Assureur Vous assiste et prend en charge :

- Pendant la phase de contrôle : les frais et honoraires d'assistance de votre expert-comptable ou de votre centre de gestion agréé pendant le contrôle de vos cotisations sociales,
- Après le contrôle de l'URSSAF ou de tout autre organisme assimilé et suite à la lettre d'observations qui Vous a été remise, si celle-ci justifie une contestation, les frais et honoraires d'intervention de votre expert-comptable ou centre de gestion agréé ou les frais et honoraires de l'avocat de votre choix pour formuler des observations sur les régularisations proposées, introduire un recours devant la commission de recours amiable ou le médiateur.
- Après épuisement des voies de recours non contentieuses, les frais et honoraires de l'avocat de votre choix pour engager une procédure devant la juridiction compétente.

Et plus généralement, Vous êtes convoqué ou devez engager une action devant toutes commissions ou juridictions statuant en matière sociale notamment pour des Litiges avec les organismes sociaux (CPAM, CMR, ...) ou les caisses de retraite.

• Une Protection fiscale

Vous recevez un avis de vérification de comptabilité de la part de l'administration fiscale ou un avis d'examen contradictoire de l'ensemble de votre situation personnelle.

Sous réserve que l'avis de vérification Vous ait été adressé postérieurement à la prise d'effet du contrat, l'Assureur Vous assiste et prend en charge :

- Pendant la phase de contrôle : les frais et honoraires d'assistance de votre expert-comptable ou de votre centre de gestion agréé pendant le déroulement des opérations de vérification de la comptabilité, ainsi que les frais et honoraires d'un spécialiste, lorsque cela est utile à la défense de vos intérêts,
- Après le contrôle fiscal et suite à la réception d'une proposition de rectification notifiée par l'administration fiscale, si celle-ci justifie une contestation, les frais et honoraires d'intervention de votre expert-comptable ou centre de gestion agréé ou les frais et honoraires de l'avocat de votre choix pour formuler des observations sur les rectifications proposées, introduire un recours hiérarchique ou un recours devant les commissions ou comités compétents.
- Après épuisement des voies de recours non contentieuses, les frais et honoraires de l'avocat de votre choix pour engager une procédure devant la juridiction compétente.

• Une Protection pénale

Vous êtes poursuivi devant les tribunaux répressifs ou êtes victime d'injures, de diffamation, de dénigrement, de dommages corporels, d'une atteinte à votre image ou réputation, d'une usurpation d'identité, d'une escroquerie ou abus de confiance et êtes amené à engager une action sur un terrain pénal.

• Une Protection du permis

Vous utilisez un véhicule terrestre à moteur et commettez involontairement une infraction au Code de la Route qui est contestable : défaut de signalisation, non-conformité du cinémomètre...

Vous perdez un (1) ou plusieurs points sur votre permis de conduire, et réalisez volontairement un stage de recapitalisation de points auprès d'un centre de formation agréé par les pouvoirs publics.

Pour bénéficier d'un remboursement de l'Assureur, Vous devez fournir :

- la lettre de la Préfecture Vous notifiant la recapitalisation de vos points (lettre 47)
- la copie du procès-verbal d'infraction entraînant le retrait de points,
- la facture acquittée de l'organisme agréé auprès duquel le stage a été effectué,
- l'attestation délivrée par le centre agréé.

Vous faites l'objet d'une décision de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont la contestation est fondée. Pour bénéficier de cette garantie, Vous devez fournir :

- la lettre du préfet Vous faisant injonction de remettre votre permis de conduire,
- ainsi que les éléments justifiant la contestation de cette décision.

Vous êtes amené à repasser votre permis à la suite d'une annulation.

Pour bénéficier d'un remboursement de l'Assureur, Vous devez fournir :

- la lettre de la Préfecture faisant injonction de remettre votre permis de conduire,
- la copie du nouveau permis de conduire (à l'exclusion du certificat provisoire),
- les justificatifs des frais engagés, tels que facture acquittée auprès de la commission médicale départementale, facture acquittée auprès de l'organisme agréé ayant organisé le test psychotechnique, facture acquittée des enseignements théoriques et pratiques en vue de l'obtention du permis de conduire, et des frais administratifs de délivrance du nouveau permis de conduire.

• Une garantie « couverture sécurisée »

Vous rencontrez un Litige qui n'est pas garanti par le contrat, vous ne bénéficiez pas de couverture au titre d'un autre contrat d'assurance et souhaitez Vous défendre ou faire valoir vos droits.

Cette garantie s'applique pour tout Litige ne relevant pas des exclusions 3, 4, 6 et 13.

N.B. : Vous bénéficiez de la prise en charge de l'Assureur pour un (1) Litige par contrat.

LES PRESTATIONS DE L'ASSUREUR

• L'instruction de vos Litiges

A la suite d'une déclaration de Sinistre garanti, l'Assureur :

- Vous conseille et Vous accompagne dans les démarches à entreprendre,
- Vous assiste dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aide à réunir les pièces et témoignages nécessaires pour compléter votre dossier,
- Envisage avec Vous la suite à donner à la problématique rencontrée.

• La gestion amiable de vos Litiges

Une fois votre dossier constitué et analysé, l'Assureur :

- Intervient directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous fait assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- Prend en charge, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous propose une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

En cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en œuvre effective.

• La gestion judiciaire de vos Litiges

Dans tous les cas, lorsque toute tentative de résolution amiable a échoué, il Vous appartient de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente.

Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

L'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des montants contractuels garantis des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause, des frais et honoraires de l'expert judiciaire, des frais de commissaire de justice pour la signification des actes, des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

A la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un commissaire de justice territorialement compétent. L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet commissaire de justice dans la limite des montants contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement. L'intervention de l'Assureur cesse en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par commissaire de justice, en cas d'incarcération de votre débiteur, en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur ou lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

Les montants et plafonds de prise en charge

BAREME APPLICABLES AUX AVOCATS, EXPERTS ET SPECIALISTES	HT	TTC
PHASE AMIALE		
INTERVENTIONS ET CONSULTATIONS		
Intervention amiable (courrier, consultation de spécialiste)	400 €	480 €
Recours hiérarchique en matière fiscale	400 €	480 €
Protocole ou transaction	400 €	480 €
Expertise amiable contradictoire	1.200 €	1.440 €
MARD (Modes Alternatifs de Résolution des Différends)		
Médiation de la consommation		
- Assistance	400 €	480 €
- Médiateur	600 €	720 €
Conciliateur de justice (assistance)	400 €	480 €
Autre médiation, arbitrage, procédure participative	1.200 €	1.440 €
PHASE CONTENTIEUSE		
JURIDICTIONS PENALES		
Assistance à garde à vue :		
Entretien seul en début de garde à vue	150 €	180 €
Les premières 24 heures :		
- Un entretien & une audition	500 €	600 €
- Audition supplémentaire	300 €	360 €
Prolongation de 24 heures	600 €	720 €
Composition pénale		
Comparution sur Reconnaissance Préalable de Culpabilité	400 €	480 €
Tribunal de Police	600 €*	720 €*
Tribunal Correctionnel (renvoi sur intérêts civils compris)	900 €*	1.080 €*
Cour d'Assises	2.100 €*	2.520 €*

BAREME APPLICABLES AUX AVOCATS, EXPERTS ET SPECIALISTES (suite)	HT	TTC
PHASE CONTENTIEUSE (suite)		
JURIDICTIONS CIVILES ET ADMINISTRATIVES		
Référé / Procédure accélérée au fond	700 €	840 €
Référé d'heure à heure	850 €	1.020 €
Tribunal / Chambre de proximité	850 €	1.020 €
Tribunal Judiciaire Tribunal Administratif Autres juridictions du 1 ^{er} degré	1.200 €* 1.200 €* 1.200 €*	1.440 €* 1.440 €* 1.440 €*
TOUS CONTENTIEUX CONFONDUS		
Démarches au Parquet (forfait) Saisine du SARVI (forfait)	150 € 150 €	180 € 180 €
Assistance à une expertise judiciaire comprenant la rédaction des dires (forfait par réunion)	400 €	480 €
Ordonnance sur requête (forfait)	500 €	600 €
Commissions diverses (y compris CIVI)	600 €	720 €
Incidents d'instance et demandes incidentes	700 €	840 €
Juridictions européennes (CJUE, CEDH) Juridictions étrangères	1.200 €* 1.200 €*	1.440 €* 1.440 €*
Juridiction d'Appel	1.850 €* 1.850 €*	2.220 €* 2.220 €*
Recours devant le 1 ^{er} Président de la Cour d'Appel	600 €	720 €
Hautes juridictions (Cour de Cassation, Conseil d'Etat)	3.000 €* 3.000 €*	3.600 €* 3.600 €*
Juge de l'exécution Juge de l'exequatur	700 € 700 €	840 € 840 €

PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION	HT	TTC
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) :	50.000 €	60.000 €
Dont plafond pour :		
- interventions et consultations	2.000 €	2.400 €
- expertises judiciaires	6.000 €	7.200 €
- assistance au contrôle fiscal (par contrôle)	3.000 €	3.600 €
- assistance au contrôle URSSAF (par contrôle)	1.000 €	1.200 €
- frais de stage de recapitalisation de points du permis de conduire	300 €	360 €
- frais pour repasser le permis de conduire	600 €	720 €
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco)	5.000 €	6.000 €
Franchise	aucune	
Seul d'intervention	aucun	

• Les modalités de prise en charge

Les montants ci-avant comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, de traduction...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'auxiliaires de Justice ou d'experts.

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

Le remboursement sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée et interviendra hors taxes si Vous récupérez la TVA, toutes taxes comprises dans le cas contraire.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention même en cas de renvoi d'audience ou de mesure d'administration judiciaire.

• La subrogation

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

LES LITIGES ET FRAIS EXCLUS

L'assureur n'intervient jamais pour les Litiges :

1. ne relevant pas des domaines expressément garantis à l'article 3,
2. collectifs ou individuels relevant de la défense des intérêts de la profession, objet de votre activité,
3. dont le Fait Générateur est antérieur et connu de Vous à la prise d'effet de votre contrat ou qui présente un caractère non aléatoire,
4. en rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales ou incontestables, une faute, un acte frauduleux ou dolosif que Vous avez commis volontairement contre les biens ou les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables et nuisibles,
5. résultant de l'inexistence d'un document à caractère obligatoire, de son inexactitude délibérée ou de sa non-fourniture dans les délais prescrits,
6. survenant lorsque Vous êtes en état d'ivresse publique et manifeste ou lorsque Vous êtes sous l'empire d'un état alcoolique tels que défini dans le pays dans lequel a lieu le Sinistre, ou lorsque Vous êtes sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, ou lorsque Vous refusez de Vous soumettre à un dépistage, en cas de délit de fuite ou en cas de grand excès de vitesse (supérieur à 50KM/H par rapport à la limite autorisée),
7. lorsque Vous avez refusé de restituer votre permis à la suite d'une décision administrative ou judiciaire,
8. relatif à votre défense en cas d'accident de la circulation, ainsi que les recours contre l'auteur des dommages subis à l'occasion d'un accident de la circulation,
9. garantis par une assurance dommage ou responsabilité civile (sauf opposition d'intérêts ou refus injustifié d'intervenir de celle-ci) et ceux relevant du défaut de souscription par Vous d'une assurance obligatoire,
10. lorsque la perte de points, la suspension ou l'annulation de permis est consécutive à une infraction commise antérieurement à la prise d'effet du contrat, ou réalisée à l'occasion de votre implication dans un accident de la circulation,
11. individuels ou collectifs du travail,
12. avec une administration fiscale autre que française ou lié à l'absence de déclaration fiscale légale, les Litiges portant sur un exercice non vérifié par un expert-comptable inscrit à l'ordre ainsi que ceux résultant d'une taxation d'office,
13. Vous opposant au Souscripteur.

Que ce soit en recours ou en défense, l'Assureur ne prend jamais en charge :

14. les frais engagés sans son accord préalable, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
15. les frais exposés au titre de mesures conservatoires ou engagés à votre initiative,
16. les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
17. les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
18. les frais relatifs à la remise en ordre de votre comptabilité,
19. toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautions, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
20. les dépenses et frais de justice exposés par la partie adverse que Vous devez supporter par décision judiciaire, ou que Vous avez accepté de prendre en charge dans le cadre d'un protocole d'accord, une procédure participative, un arbitrage ou une médiation,
21. les sommes au paiement desquelles Vous êtes condamné au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, l'761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères,
22. les sommes dont Vous êtes légalement redevable au titre des émoluments proportionnels,
23. les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice.

Comment utiliser la garantie ?

Article 4 – La déclaration de sinistre

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité, les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez, les coordonnées de votre adversaire, et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes de commissaire de justice, assignations...

EN CAS DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE VOTRE PART SUR LA CAUSE, LES CIRCONSTANCES OU ENCORE LES CONSEQUENCES DU LITIGE, VOUS POUVEZ ETRE DECHU DE VOS DROITS A GARANTIE, VOIRE ENCOURIR DES SANCTIONS PENALES.

Vous devez déclarer votre Litige dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance.

En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une déchéance, c'est-à-dire la perte du droit à être garanti, si l'Assureur établit que votre retard lui a causé un préjudice ; Vous n'encourez aucune déchéance si le retard est dû à un cas de force majeure.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : **si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, si Vous mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou spécialiste, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.**

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

Article 5 – La protection de vos intérêts

- **Le secret professionnel**
(Article L127-7 du Code des Assurances)

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du contrat d'assurance de protection juridique, sont tenues au secret professionnel.

- **L'obligation à désistement**

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

- **L'examen de vos réclamations**

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis, n'est pas une réclamation. Toute réclamation concernant le contrat d'assurance de protection juridique, sa distribution ou le traitement d'un dossier, peut être formulée, par oral ou par écrit, auprès de votre interlocuteur habituel ou auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>
- par courrier à CFDP ASSURANCES - Service Relation Client – 62 rue de Bonnel - 69003 LYON,
- par mail à : relationclient@cfdp.fr.

L'Assureur s'engage, à compter de la date d'envoi de la réclamation, à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et en tout état de cause à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de la consommation dont voici les coordonnées :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur

L'Assureur s'engage par avance à respecter la position qui sera prise par la Médiation de l'Assurance.

- **Le désaccord ou l'arbitrage**
(Article L127-4 du Code des Assurances)

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur. Toutefois, le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

- **Le conflit d'intérêts**
(Article L127-5 du Code des Assurances)

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement d'un Litige, Vous bénéficiez du libre choix de l'avocat (ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre) et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord ou d'arbitrage.

- **La protection de vos données personnelles**

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées directement ou indirectement pour le compte de l'Assureur par le Souscripteur. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion au contrat d'assurance de protection juridique).

Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution de la présente garantie de protection juridique et la gestion des sinistres liés à cette dernière (situation familiale, informations relatives à la formation et à l'emploi, données de santé lorsque cela est nécessaire, données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),
- à l'utilisation éventuelle des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le contrat d'assurance de protection juridique, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance de protection juridique et de la relation avec Vous est le Souscripteur.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution de la garantie de protection juridique et de la gestion des Sinistres liés à cette dernière est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution du contrat d'assurance de protection juridique,
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au contrat telles que, notamment :

- le Souscripteur,
- les gestionnaires du Souscripteur,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne.

Toutefois, un transfert hors de l'Union Européenne de ces données est susceptible d'être effectué. Dans ce cas, l'Assureur met en place les garanties nécessaires à l'encadrement juridique d'un tel transfert et assure un bon niveau de protection de ces données, notamment par la signature des clauses contractuelles types de la Commission Européenne, dans le cas où le pays vers lequel sont transférées les données ne bénéficie pas d'une décision d'adéquation délivrée par la Commission européenne.

Durée de conservation de vos données personnelles

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : Cfdp Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail. L'Assureur pourra néanmoins être amené à Vous demander un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance de protection juridique, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 03 place de Fontenoy - 75007 PARIS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Sécurité

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter le site internet de l'Assureur : <http://www.cfdp.fr>).

● **L'autorité de contrôle**

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest -75436 PARIS cedex 09.



- **Pour les demandes d’assistance juridique préventive :**

Contactez l’Assureur :

Du lundi au vendredi de 9H à 18H (sauf jours fériés)

04.68.73.63.80

(Prix d’un appel local, hors surcoût éventuel d’un opérateur)

- **Pour accéder aux services ou déclarer un Sinistre**

Contactez votre interlocuteur :

– Par courrier à l’adresse suivante :

CFDP Assurances - Gestion Metlife

569 rue Felix Trombe - CS 60011

66028 PERPIGNAN cedex

– Par courriel : metlife@cdfp.fr

– Par téléphone : 04.68.73.63.80 *(Prix d’un appel local, hors surcoût éventuel d’un opérateur)*



Pack Accompagnement Décès

Conditions générales d'utilisation

CGUFUN01 - Mars 2023

Ce service est mis à disposition des Utilisateurs à leur demande :

- par simple appel au **04 83 93 56 83** (24h/7j)
- ou demande de contact sur le chat du site www.funerweb.fr ou sur contact@funerweb.fr

I. CHAMPS D'APPLICATION ET DÉFINITIONS

Le Pack Accompagnement Décès est un service de conciergerie, proposé par MetLife, et opéré par Funerweb, proposé aux Utilisateurs lorsqu'ils sont confrontés au décès d'un Assuré, du conjoint de l'assuré, des ascendants et descendants de l'assuré, des ascendants et descendants du conjoint de l'assuré.

Assuré : personne couverte par l'un des contrats d'assurance suivant : Super Novaterm Prévoyance, Super Novaterm Crédit, Super Novaterm Crédit Plus.

Contrat d'assurance : Super Novaterm Prévoyance, Super Novaterm Crédit, Super Novaterm Crédit Plus.

Funerweb : nom commercial de la société PF CONCEPT sas.

Utilisateur : toute personne physique âgée d'au moins 18 ans, qui demande un accompagnement et des conseils, dans les démarches liées au décès d'un proche, proche couvert par le Contrat d'assurance, tel que vu ci-dessus.

Prestataire : tout professionnel de pompes funèbres et autres professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge du décès et des conséquences liées au décès, retenu par Funerweb, proposé à l'Utilisateur et accepté par ce dernier.

L'Utilisateur déclare avoir la pleine capacité juridique lui permettant de s'engager au titre des démarches liées au décès et aux obsèques de la personne bénéficiant du service Pack Accompagnement Décès intégré dans son Contrat d'assurance.

Ce service est mis à disposition des Utilisateurs à leur demande :

- par simple appel au **04 83 93 56 83** (24h/7j)
- ou demande de contact sur le chat du site www.funerweb.fr ou sur contact@funerweb.fr

La gestion d'une demande par chat ou e-mail peut requérir plus de délai dans sa prise en compte par les services de Funerweb. Le Pack Accompagnement Décès est proposé aux Assurés pour répondre à toutes les problématiques liées au décès, survenues ou prévues dans le cadre des Contrats d'assurance.

En accédant au service, l'Utilisateur est réputé avoir accepté sans restriction ni réserve les présentes conditions générales d'utilisation. Toute utilisation est subordonnée au respect de l'ensemble des termes des conditions générales d'utilisation.

Les services du Pack Accompagnement Décès de Funerweb sont proposés à l'Utilisateur et mis en place à sa demande expresse. Ils concernent (Liste non exhaustive) :

- La recherche d'un prestataire de pompes funèbres locales, pour assurer les funérailles du défunt ;
- La recherche de prestataires pour gérer les conséquences liées au décès ;
- La communication des informations essentielles, à connaître lorsque l'on est confronté à un décès ;
- Un avis sur le devis obtenu par l'Utilisateur lorsqu'il s'occupe lui-même de la recherche de pompes funèbres ;
- L'accompagnement dans les démarches administratives à mener dans le cadre d'un décès ;
- Les conseils essentiels autour du décès.

L'Utilisateur choisit librement les services qu'il souhaite se voir proposés.

En utilisant les services du Pack Accompagnement Décès, l'Utilisateur accepte d'engager une relation contractuelle avec le partenaire proposé et accepté par l'Utilisateur, et non la société PF CONCEPT qui agit uniquement en qualité d'intermédiaire en :

- Transmettant aux prestataires les détails de la demande ;
- En mettant en relation l'Utilisateur avec le prestataire retenu par les soins de Funerweb, et validé par l'Utilisateur ;
- En transmettant au prestataire les informations personnelles de l'Utilisateur et du défunt, nécessaires à la proposition, puis à la prestation retenue.

La société PF Concept ne propose aucun service ou produit à la vente.

De même, dans le cadre d'un décès, les conseillers Funerweb peuvent être amenés à donner des avis ou conseil. Il est néanmoins rappelé à l'Utilisateur en demande de conseils techniques ou juridiques, qu'il est nécessaire de se rapprocher des notaires et avocats dans le traitement de certaines demandes.

Il est rappelé que l'Utilisateur reste libre du choix des pompes funèbres.

Les informations communiquées par l'Utilisateur engagent celui-ci. Aux fins de bonne réalisation du service, l'Utilisateur s'engage à fournir ses éléments d'identification vérifiables. Ainsi, la responsabilité de la Société PF CONCEPT ou du Partenaire ne saurait en aucune manière être recherchée ou engagée dans l'éventualité où une erreur lors de la transmission des informations empêcherait ou retarderait l'exécution ou la livraison des services par le Partenaire.

II. RÉALISATION DE LA DEMANDE

Après acceptation de la prestation par le Partenaire, l'Utilisateur est informé et accepte que le Partenaire le contacte dans les meilleurs délais pour :

- fixer un rendez-vous ;
- obtenir les détails de l'organisation ainsi que les aspects spécifiques du défunt (corpulence, taille, etc.) ;
- établir le devis en conformité avec l'arrêté du 23 août 2010 ;
- établir le bon de commande ;
- réaliser la commande.

III. DONNÉES PERSONNELLES

A. COLLECTE

Dans le cadre de l'utilisation du Service, la Société PF CONCEPT est amenée à collecter et traiter certaines données personnelles du Client, ce qui est expressément accepté par ce dernier.

B. FINALITÉ

Vos données personnelles sont collectées notamment aux fins de :

- Exécuter les contrats conclus entre l'Utilisateur et le Prestataire retenu ;
- Envoyer des renseignements sur les services de la Société PF CONCEPT par email, SMS ou tout autre moyen de communication ;
- Remonter les informations à MetLife ou au courtier ;
- Donner accès et gérer les services de démarches après décès ;
- Assurer le respect de la législation applicable, les conditions générales d'utilisation ;

En effectuant une commande sur le Site, le Client accepte en outre de recevoir un email de la part de la Société PF CONCEPT, après la livraison des Produits par le Partenaire, qui invitera le Client à remplir un questionnaire de satisfaction.

C. DURÉE DE CONSERVATION

Les données personnelles du Client sont en principe conservées par la Société PF CONCEPT pendant une durée maximale de dix-huit (18) mois à compter du dernier contact avec le Client. Leur utilisation a pour seul objet le traitement de la demande de l'Utilisateur. Toute pièce justificative envoyée par l'Utilisateur sera systématiquement supprimée 24 heures après avoir été l'objet de son traitement.

Cependant, le Client est informé que certaines catégories de données personnelles sont susceptibles d'être conservées pour des durées différentes lorsque cela est requis par les lois applicables.

Conformément à la loi, l'Utilisateur a un droit d'accès et d'oubli en écrivant à rgpd@funerweb.fr

D. RESPONSABILITE DE PF CONCEPT

LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT N'EST TENUE QUE PAR UNE OBLIGATION DE MOYENS.

LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT NE POURRA PAS ÊTRE TENUE POUR RESPONSABLE EN CAS DE SUSPENSION DE SERVICES, PRODUITS OU OUTILS FOURNIS PAR DES TIERS.

EN TOUT ETAT DE CAUSE, AU CAS OU LA RESPONSABILITE DE LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT SERAIT RETENUE, LA GARANTIE DE LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT SERAIT LIMITEE AU MONTANT PAYE PAR LE CLIENT POUR LA FOURNITURE DU SERVICE.

E. FORCE MAJEURE

La Société PF CONCEPT ne pourra être considérée comme engageant sa responsabilité pour inexécution contractuelle totale ou partielle qui aurait pour cause un cas fortuit, un événement de force majeure, indépendant de sa volonté, rendant impossible la réalisation du Service.

Sont assimilés à des cas de force majeure, lorsqu'elles paralysent l'exécution du contrat, les circonstances suivantes : grèves, conflit de travail, lock-out, pénurie de matière première, grève des transporteurs, fait du prince, insurrection, attentat, guerre, destruction des sites de fabrications et de production, acte de dieu tel que les tremblements de terre, incendie, inondation.

L'exécution du contrat est suspendue pendant toute la durée de la force majeure sans aucune indemnisation à l'Utilisateur.

F. NULLITE PARTIELLE

Dans l'hypothèse où une stipulation des présentes conditions générales serait invalidée pour une raison quelconque, cette invalidation n'aura aucun effet sur la validité des autres stipulations.

G. DROIT APPLICATION – COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Les présentes conditions générales et les opérations qui en découlent sont régies et soumises au droit français.

TOUS LES LITIGES AUXQUELS LES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES POURRAIENT DONNER LIEU, CONCERNANT TANT LEUR VALIDITÉ, LEUR INTERPRÉTATION, LEUR EXÉCUTION, LEUR RÉSILIATION, LEURS CONSÉQUENCES ET LEURS SUITES ET QUI N'AURAIENT PU ÊTRE RÉSOLUES ENTRE LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT ET LE CLIENT SERONT SOUMIS AUX TRIBUNAUX COMPÉTENTS DANS LES CONDITIONS DU DROIT COMMUN.



REJOIGNEZ LE PROGRAMME DIÉTIS, L'ALLIÉ DE VOTRE SANTÉ AU QUOTIDIEN

Nous vous offrons ce programme, en tant qu'assuré Super Novaterm Prévoyance, mais vous pouvez aussi décider d'en faire bénéficier un membre de votre famille



Diētis en quelques mots

- ✓ Une aide pour mieux équilibrer et diversifier votre alimentation
- ✓ **Plusieurs programmes** en fonction de vos besoins et de vos objectifs
- ✓ 6 séances de coaching nutritionnel par an par un **diététicien**

Quatre étapes très simples pour bénéficier du service

- 1 Vous vous connectez à **diētis.fr**
- 2 En haut à droite de l'écran, vous cliquez sur le bouton « **Mon espace** » pour accéder à la page de connexion
- 3 Sur la page de connexion, vous cliquez sur « **J'ai un code de connexion** » et vous renseignez **votre numéro de contrat** Super Novaterm Prévoyance
- 4 Vous choisissez l'un des programmes répondant à vos enjeux de santé actuels
 - Rééquilibrage alimentaire
 - Diabète de Type II
 - Diabète de Type II avec insuline
 - Syndrome de l'intestin irritable



Une fois le programme choisi

- ✓ Vous indiquez vos habitudes et préférences alimentaires
- ✓ Chaque semaine, Diētis vous propose des menus équilibrés qui vous correspondent :
 - Vous validez les recettes qui vous conviennent et pouvez modifier les autres
 - Vous accédez à votre liste de courses pour l'ensemble du foyer
- ✓ Vous décidez de bénéficier de l'assistance d'un diététicien à tout moment, lors de l'activation du programme ou postérieurement via le chat mis à disposition



Points forts

- ✓ Une réponse à un besoin de santé... tout en proposant des menus appétissant pour toute la famille
- ✓ Un carnet alimentaire pour vous permettre d'identifier les écarts éventuels
- ✓ Le suivi de votre évolution en mettant à jour vos données de santé
- ✓ Le cas échéant, la possibilité de partager vos données avec votre médecin traitant
- ✓ L'accès à un blog



Pourquoi vous proposer cette solution ?

- ✓ Résultat de plusieurs années de recherche en partenariat avec des hôpitaux et des centres de soins, Diētis s'est imposé auprès de ses clients comme un véritable allié de santé
- ✓ **Diētis a déjà changé le quotidien de plus de 100 000 personnes en leur permettant de retrouver le plaisir de manger ... alors, pourquoi pas le vôtre !**

Bénéficiez de votre programme personnalisé sans plus attendre :
diētis.fr



MetLife vous propose ce service de prévention, en tant qu'assuré Super Novaterm Prévoyance.

Les TMS* (Troubles Musculosquelettiques), dont le mal de dos, sont des problèmes de santé courants. Ces douleurs passagères ou persistantes peuvent avoir des répercussions sur votre bien-être physique et mental.



Simple : A faire seul,
en équipe, au travail
ou en télétravail

Personnalisée : Adaptée
au métier, au sport et aux
problématiques de la vie



Ludique : Gagnez des
points à chaque exercice

Complète et rapide : Des vidéos
de 5 à 10 minutes composées
d'échauffement, d'ergonomie,
de renforcement musculaire,
d'étirement et de connaissance

Comment ça marche ?



- ✓ Vous répondez à quelques questions et tests physiques
- ✓ L'intelligence artificielle vous oriente systématiquement vers le parcours adapté à votre besoin



- ✓ Vous obtenez un bilan
- ✓ Le cas échéant, une recommandation d'aller voir un professionnel de santé si nécessaire



- ✓ Vous vous exercez quotidiennement grâce à un catalogue de programmes vidéos sur-mesure

Connexion via l'application <https://doado.app/>



*TMS : touchent les articulations, les muscles et les tendons. Ils surviennent le plus souvent au niveau du dos ou des membres supérieurs. Plusieurs facteurs notamment professionnels, favorisent ces TMS.

BACK LEARNING - SAS au capital de 61 870 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bordeaux sous le numéro 910781186, dont le siège social est situé au : 37 CRS GEORGES CLEMENCEAU - 33000 BORDEAUX, N° de TVA intracommunautaire : FR40910781186

courtage.metlife.fr

Fondé en 1868, MetLife est un acteur international de premier plan en assurance-vie et en prévoyance salariés avec près de 100 millions de clients à travers 50 pays et occupe une position de leader aux États-Unis, au Japon, en Amérique Latine, en Asie, en Europe et au Moyen-Orient.

En France depuis près de 50 ans, MetLife et ses 250 collaborateurs proposent des offres de prévoyance à des hommes et des femmes, particuliers, professionnels et entreprises. Grâce à sa capacité à prendre des risques et à sa parfaite maîtrise des circuits de distribution, MetLife offre des solutions adaptées et performantes pour répondre aux particularités de chacun.

En s'appuyant sur des milliers de courtiers indépendants, MetLife commercialise de l'assurance emprunteur individuelle et des garanties de prévoyance. Son savoir-faire commercial, médical et financier lui permet d'apporter des réponses personnalisées à ses clients, notamment en cas de problème de santé, d'âge ou de capitaux élevés, de sport ou profession à risque.

MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 52 avenue du Général de Gaulle, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 52 avenue du Général de Gaulle, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.