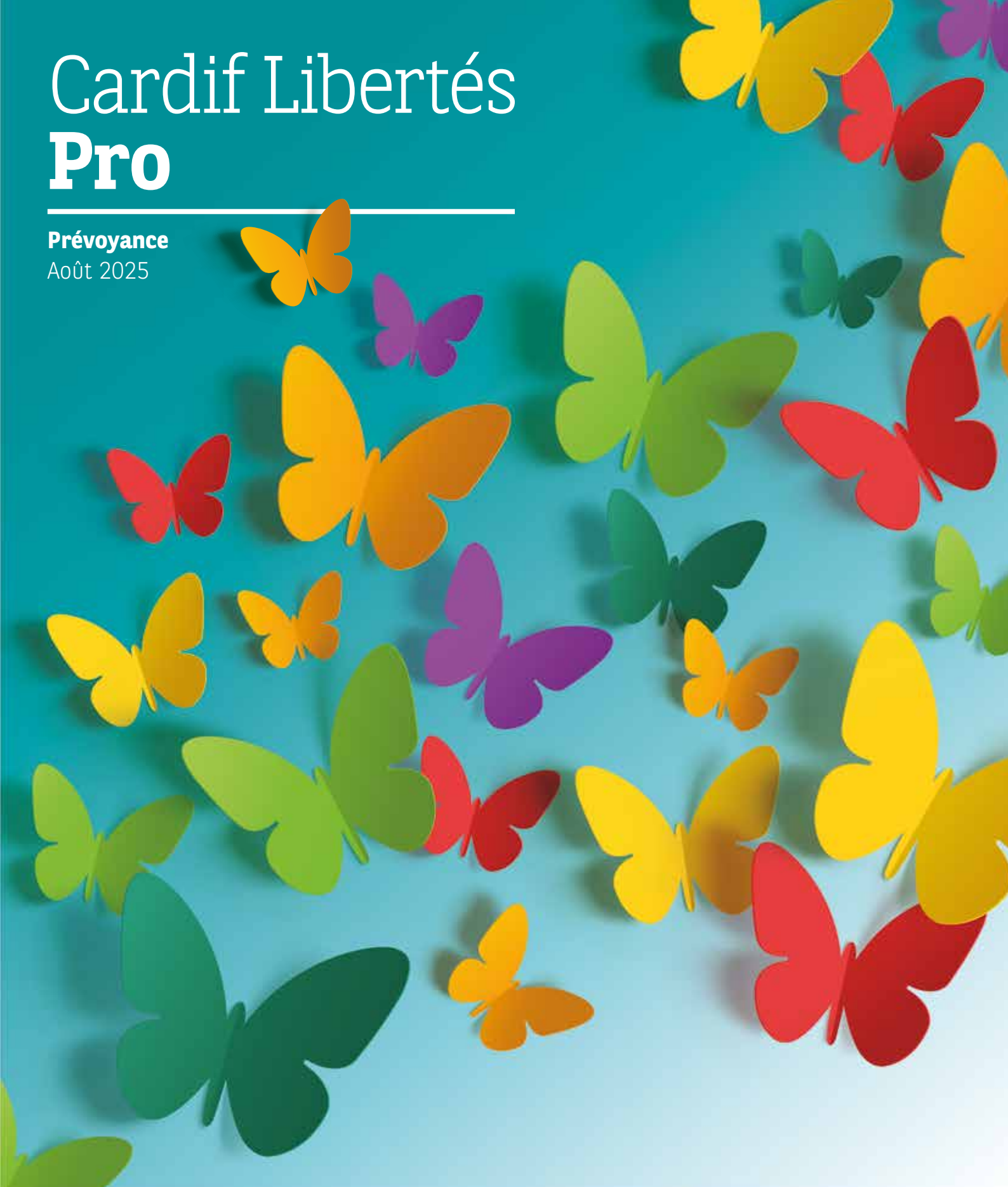


Cardif Libertés **Pro**

Prévoyance

Août 2025



CARDIF
GROUPE BNP PARIBAS

L'assureur
d'un monde
qui change

Cardif Libertés
Pro

Notice d'Assurance

Le contrat Cardif Libertés Pro propose deux conventions d'assurance collectives à adhésion facultative n° 2831/4000 (Non Madelin) et n° 2832 (Madelin), régies par le Code des assurances, souscrites par l'Union française d'épargne et de prévoyance (UFEV) – Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les Associations et par les articles L. 141-7 et R. 141-1 à R. 141-9 du Code des assurances – Siège social: 1, rue des Fondrières 92000 Nanterre - site internet: <https://www.ufep.fr>, auprès de Cardif Assurances Risques Divers – S.A. au capital de 21 602 240 € – 308 896 547 RCS Paris – Siège social: 1 Boulevard Haussmann, 75009 Paris et de Cardif Assurance Vie – S.A. au capital de 719 167 488 € – 732 028 154 RCS Paris – Siège social: 1, boulevard Haussmann, 75009 Paris - N° ADEME: FR200182_01XHWE – Entreprises régies par le Code des assurances. Il est possible d'adhérer à l'une et/ou l'autre des conventions.

La gestion du contrat est déléguée à la société Kereis France en qualité de Gestionnaire.

Sommaire

LEXIQUE.....	P.4
--------------	-----

L'OBJET DU CONTRAT	P.7
--------------------------	-----

VOTRE ADHÉSION ET SES MODALITÉS

01. QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?	P.8
02. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?	P.8
03. QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?	P.8
04. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS COUVERT ?	P.9
4.1. À QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHÉSION ?	P.9
4.2. À QUEL MOMENT PRENNENT EFFET VOS GARANTIES ?	P.10
4.3. QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES ?	P.10
4.4. QUAND PREND FIN VOTRE ADHÉSION ?	P.10
4.5. FACULTÉ DE RENONCIATION	P.12
4.6. FACULTÉ DE RÉSILIATION	P.12
05. QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION À ACCOMPLIR ?	P.12
5.1. LES FORMALITÉS D'ADHÉSION (MÉDICALES ET FINANCIÈRES)	P.12
5.2. LE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX	P.12

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

06. QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ET LES PRESTATIONS ASSOCIÉES EN CAS DE SINISTRE ?	P.13
6.1. DISPOSITION COMMUNE AUX GARANTIES DÉCÈS/PTIA, RENTE ÉDUCATION, RENTE CONJOINT	P.13
6.2. LA GARANTIE DÉCÈS	P.13
6.3. LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	P.13
6.4. LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	P.13
6.5. LA GARANTIE INVALIDITÉ	P.15
6.6. EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS DE MISE EN JEU DES GARANTIES ITT ET IPT/IPP	P.17
6.7. LA GARANTIE MALADIE REDOUTÉE	P.17
6.8. LA GARANTIE FRAIS GÉNÉRAUX	P.17
07. QUELLES SONT LES OPTIONS PROPOSÉES ET LES PRESTATIONS ASSOCIÉES EN CAS DE SINISTRE ?	P.18
7.1. LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION	P.18
7.2. LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT	P.18
7.3. LA GARANTIE ALLOCATION ENFANT MALADE	P.18
7.4. LA GARANTIE CAPITAL RECONVERSION	P.19
7.5. LA GARANTIE DOUBLEMENT ACCIDENTEL DU CAPITAL DÉCÈS/PTIA	P.19
7.6. L'OPTION SÉRÉNITÉ	P.19
7.7. PRESTATION INCLUSE: TEST GÉNOMIQUE	P.19
08. EXISTE-T-IL DES RISQUES QUE LE CONTRAT NE COUVRE PAS ?	P.19
09. COMMENT DÉCLARER VOTRE SINISTRE ET QUELLES PIÈCES JUSTIFICATIVES DEVEZ-VOUS FOURNIR ?	P.22
9.1. DANS QUEL DÉLAI DEVEZ-VOUS DÉCLARER VOTRE SINISTRE ?	P.22
9.2. QUELLES PIÈCES JUSTIFICATIVES DEVEZ-VOUS TRANSMETTRE ?	P.22
9.3. QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ?	P.23
9.4. QUEL EST LE DÉLAI D'INDEMNISATION DE VOTRE SINISTRE ?	P.23

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

10. DANS QUEL PAYS ÊTES-VOUS COUVERT ?	P.24
11. VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE MODIFIÉ ?	P.24
12. QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE COTISATION D'ASSURANCE ?	P.24
12.1. QUEL EST LE COÛT DE VOTRE ASSURANCE ?	P.24
12.2. COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?	P.24
12.3. VOTRE COTISATION D'ASSURANCE PEUT-ELLE CHANGER ?	P.24

INFORMATIONS GÉNÉRALES

13. RÉGLEMENTATION ET FISCALITÉ DE VOTRE CONTRAT (CONCERNE UNIQUEMENT LES ADHÉRENTS À LA CONVENTION N° 2832)	P.26
13.1. QUI PEUT BÉNÉFICIER DE LA FISCALITÉ LOI MADELIN ?	P.26
13.2. QUELLES SONT LES CONDITIONS DE DÉDUCTIBILITÉ DES COTISATIONS ?	P.26
13.3. QUELLES SONT LES COTISATIONS DÉDUCTIBLES ?	P.26
13.4. QUELLE EST LA FISCALITÉ DES PRESTATIONS ?	P.26
14. QUI CONTACTER EN CAS DE RÉCLAMATION ?	P.26
15. PRESCRIPTION	P.27
16. GÉNÉRALITÉS	P.28
17. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	P.28
18. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX, LE FINANCEMENT DU TERRORISME – RESPECT DES SANCTIONS INTERNATIONALES	P.29
19. INSCRIPTION SUR LA LISTE D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE	P.30
20. CONVENTION DE PREUVE	P.30
21. CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE	P.30

NOTICE RELATIVE AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE	P.31
--	------

Préambule

Votre adhésion au contrat « Cardif Libertés Pro » est constituée par la notice relative aux prestations d'assurance, la notice relative aux prestations d'assistance, la demande d'adhésion que vous avez signée, le certificat d'adhésion qui vous sera remis après accord de votre adhésion par l'assureur et des éventuels avenants de modification à votre adhésion.

Pour vous faciliter la lecture de cette notice :

1. « vous » désigne *l'adhérent*.
2. « nous », l'« assureur » et « Cardif » désignent Cardif Assurances Risques Divers et Cardif Assurance Vie.
3. « Kereis France » désigne le *gestionnaire* du contrat.
4. « Mondial assistance » désigne l'assisteuse du contrat.
5. « UFEF » désigne le souscripteur des conventions d'assurance collective.
6. « contrat » désigne le contrat « Cardif Libertés Pro ».

Un lexique définissant les termes de référence, utilisés dans cette notice *en couleur bleue et italique*, vous est proposé ci-dessous.

Lexique

Accident

Événement soudain, extérieur et imprévisible qui provoque des dommages corporels. *L'adhérent* ne doit pas avoir volontairement déclenché cet événement. Ne sont donc pas des *accidents* au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les *maladies* et leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. À titre d'exemple, un « accident vasculaire » n'est pas un *accident*.

Accident vasculaire cérébral (avec séquelle(s) durable(s))

Mort 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, compatible avec le diagnostic.

Adhérent

Personne physique remplissant toutes les conditions pour contracter l'assurance conformément à l'article 1 "Qui peut adhérer au contrat" de cette présente notice. Il règle les cotisations et est obligatoirement *assuré*.

Assuré

Personne physique nommément désignée qui respecte les conditions d'éligibilité et sur qui reposent les garanties. Il s'agit de *l'adhérent*.

Bénéficiaire

Personne, autre que *l'adhérent*, qui perçoit les prestations en cas d'indemnisation.

Cancer

Toute tumeur maligne caractérisée par une croissance et une extension incontrôlées des cellules malignes avec un envahissement du tissu normal. Le diagnostic d'une tumeur maligne confirmé sur la base d'un compte-rendu histologique et d'un compte-rendu de spécialiste cancérologue confirmant le diagnostic et le stade. Le terme de *cancer* comprend les lymphomes malins et les affections malignes de la moelle osseuse, y compris la leucémie.

Capital assuré

Le *capital assuré* est le montant défini et souscrit pour la garantie Décès/PTIA, capital décès accidentel, capital de reconversion, *maladie redoutée*. Le plafond est différent pour chaque garantie.

Capital sous risque

Le *capital sous risque* correspond à la somme de l'ensemble des *capitaux assurés* au titre de la garantie décès (Capital décès toutes causes), de la rente éducation pour une durée de 10 ans et de la rente de conjoint pour une durée de 20 ans. Le *capital sous risque* est limité à 7,5 M€ pour l'ensemble des prestations décès.

Carence

Période durant laquelle la garantie ne s'applique pas en cas de *sinistre*.

Certificat d'adhésion

Document que vous adresse Cardif pour confirmer votre adhésion au présent contrat et sur lequel sont précisées les garanties que vous avez choisies, le montant des cotisations, et le cas échéant l'existence des éventuelles exclusions liées aux formalités d'adhésions et/ou surprimes.

Concubin

Personne vivant en union libre et sous le même toit avec *l'adhérent*, caractérisée par une vie commune pouvant être attestée par un justificatif de domicile.

Conjoint

Époux ou épouse non divorcé(e), non séparé(e) de corps par un jugement définitif de *l'assuré*, son partenaire de PACS, ou son concubin.

Conjoint collaborateur

Est considéré comme *conjoint collaborateur*, l'époux, l'épouse, le partenaire de PACS ou le *concubin* d'un chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale, qui :

- exerce une activité professionnelle régulière et habituelle dans l'entreprise (il peut néanmoins exercer une activité salariée dans une autre entreprise à condition que celle-ci l'occupe au plus à mi-temps) ;
- fait l'objet d'une mention dans le dossier unique de déclaration d'entreprise déposé auprès du CFE : une déclaration modificative du chef d'entreprise du statut ou de l'activité exercée par son conjoint doit aussi être mentionnée.
- doit faire l'objet d'une mention au registre du commerce et des sociétés (RCS) pour les commerçants ou au répertoire des métiers (RM) pour les artisans ;
- ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité ;
- n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du Code civil ;
- a une adhésion subordonnée à celle de l'assuré TNS.

Le statut de *conjoint collaborateur* est ouvert à l'époux, l'épouse, au partenaire de PACS ou au *concubin* du gérant associé unique d'EURL, du gérant associé majoritaire d'une SARL ou SELARL ou de l'entrepreneur individuel (profession libérale, autoentrepreneur par exemple).

Le statut de **Conjoint collaborateur** n'est valable que pendant 5 ans. Après cette période de 5 ans, le conjoint devra opter pour un autre statut (conjoint associé ou salarié). À défaut de choix, il est réputé avoir choisi le statut de conjoint salarié.

Pour les personnes exerçant au 1^{er} janvier 2022 une activité professionnelle sous le statut de conjoint collaborateur, cette durée de 5 ans est calculée à compter du 1^{er} janvier 2022.

Contrat à distance

Tout contrat conclu entre un professionnel et un consommateur, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de services à distance, sans la présence physique simultanée du professionnel et du consommateur, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat.

Créateur

Travailleur Non-Salarié ayant créé son entreprise depuis moins de vingt-quatre (24) mois à partir de la date d'effet de l'adhésion portée sur le **certificat d'adhésion**.

Espace économique européen (au 01/01/2025)

États membres de l'**Union européenne** (UE) ainsi que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

France

France métropolitaine ainsi que les Départements et Régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte).

Franchise

Délai pendant lequel l'**assuré** ne peut prétendre à indemnisation à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Il s'agit d'une Franchise absolue, par conséquent les jours de **franchise** ne sont pas comptabilisés dans les jours indemnisables.

Gestionnaire

Kereis France: Société par actions simplifiées au capital de 2 000 000 € Immatriculée au RCS sous le numéro 863 800 868 RCS Nantes Siège social situé 3, rue Victor Schoelcher, Bâtiments E et F, 44800 Saint-Herblain. Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 009 030, chargé de la gestion partielle des adhésions et des dossiers sinistres, des modifications ultérieures du contrat et du recouvrement des primes.

Hospitalisation

Un jour d'**hospitalisation** correspond à 24 heures consécutives. Les séjours en **hospitalisation** doivent être prescrits par un médecin, dans un établissement hospitalier public ou privé, conventionné ou agréé par la Sécurité sociale française ou son équivalent dans un autre pays, ou une hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par le **Régime obligatoire** de l'**assuré**.

Est également considérée comme une **hospitalisation** le soin en ambulatoire effectué en établissement hospitalier ou spécialisé pour le traitement d'une affection de longue durée.

Inactif

Personne qui n'a pas d'activité professionnelle rémunérée, ni ne perçoit des allocations de chômage de la part de Pôle emploi ou de tout autre organisme assimilé.

Indemnité Journalière

Montant de la prestation journalière en cas de **sinistre** sur les garanties ITT / IPT / IPP.

■ En cas de **prestation forfaitaire**, le montant de la prestation versée est égal au montant renseigné sur le **certificat d'adhésion**.

■ En cas de **prestation indemnitaire**, le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'**assuré**, déduction faite des prestations perçues par tout autre régime obligatoire, dans la limite de 120 % des revenus de l'assuré constatés à la date du **sinistre** et sans dépasser le montant renseigné sur le **certificat d'adhésion** ou l'avenant en vigueur.

Infarctus du myocarde aigu

Mort cellulaire du muscle cardiaque consécutive à l'obstruction de la vascularisation coronaire.

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) à au moins un niveau au-dessus du 99^e percentile de la valeur de référence et avec en plus deux des critères suivants :

■ Symptômes cardiaques aigus et signes cliniques patents caractéristiques d'un **infarctus du myocarde** ;

■ Modifications récentes caractéristiques à l'électrocardiogramme à type de : sous-décalage ou élévation du segment ST, inversion de l'onde T, ondes Q pathologiques ou bloc de branche gauche ;

■ Preuves à l'imagerie d'une disparition nouvelle du muscle cardiaque viable ou d'une dyskinésie de la paroi cardiaque ; Identification par angiographie d'un caillot intra-coronaire.

Maladie

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un **accident**, ni le fait volontaire de l'**assuré** ou d'un tiers.

Mandataire social

Est une personne physique ou morale investie du pouvoir de représenter légalement la société qui l'a mandatée vis-à-vis des tiers. Le **mandataire social** peut être président ou dirigeant de société anonyme (SA), société par actions simplifiées (SAS, SASU), société d'exercice libéral par actions simplifiées (SELAS), société d'exercice libéral à forme anonyme (SELAFA) ou

gérant majoritaire de société à responsabilité limitée (SARL) ou de société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL)

Maladie redoutée

Pathologie qui nécessite un suivi et une thérapie prolongée. Sont considérées comme des **maladies redoutées**, au sens du présent contrat, le **cancer**, l'**accident vasculaire cérébral**, l'**infarctus du myocarde** (crise cardiaque) et la **sclérose en plaques**.

Micro-entrepreneur

Travailleur Non-Salarié ayant opté pour le régime fiscal et social simplifié de la micro-entreprise, prévu par les articles L.133-6-8 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et les articles 50-0 et 102 ter du Code Général des Impôts (CGI).

Prestation forfaitaire

Indemnisation correspondant au montant préalablement fixé par le contrat, indépendamment de la nature et du montant des pertes de revenus effectivement subies.

Prestation indemnitaire

Indemnisation calculée en fonction des pertes de revenus effectivement subies par l'**assuré**. Le calcul de la **prestation indemnitaire** prend donc en compte les prestations sociales et les prestations perçues par l'**assuré** au titre de contrats d'assurance.

Professions libérales réglementées

Sont considérées comme professions libérales réglementées, les professions suivantes, régularisées par un ordre professionnel : Administrateurs judiciaires, Administrateurs judiciaires et mandataires liquidateurs, Agents généraux d'assurance, Architectes, Avocats, Avocats au Conseil d'État et à la Cour de Cassation, Commissaires aux comptes, Commissaires-priseurs judiciaires, Conseils en propriété industrielle, Experts agricoles, fonciers ou forestiers, Experts-comptables, Géomètres experts, Greffiers de tribunal de commerce, Huissiers de Justice, Mandataires judiciaires, Notaires, les professions médicales suivantes : les médecins (généralistes et spécialistes), les chirurgiens dentistes, les pharmaciens.

Les Courtiers en assurance, les Conseillers en gestion de patrimoine, les Consultants / cabinets de conseil, les Gérants de société conseil, les Actuaires, les Conseillers en gestion, les Conseillers en stratégie, les Conseillers financiers, les Experts financiers, les Experts judiciaires, les Expert en assurance, les Ingénieurs conseil, les Administrateurs de biens, les Analystes financiers, les Chefs de bureau d'études, les Commissaires-priseurs, les Conseil-consultants juridiques et fiscaux, les Économistes de la construction, les Courtiers en crédit immobilier, les Courtiers finance, les Experts fiscaux, les Responsables de bureau d'études d'architectes accèdent aux garanties, options et tarifs inhérents aux professions

libérales réglementées puisqu'assimilés à des professions libérales réglementées.

Régime obligatoire

Régime d'assurance maladie français auquel l'**assuré** est obligatoirement rattaché en fonction de sa profession ou de sa situation personnelle.

Rente viagère

Rente versée périodiquement au **bénéficiaire** jusqu'à son décès.

Rente temporaire

Rente versée durant un temps défini.

Repreneur

Est considéré comme **repreneur** le **Travailleur Non-Salarié** ayant repris une entreprise en qualité de **Travailleur Non-Salarié** depuis moins de vingt-quatre (24) mois à partir de la date d'effet de l'adhésion portée sur le Certificat d'adhésion.

Revenus

Les revenus nets professionnels (Revenu du travail + Dividendes hors dividendes exceptionnels) déclarés à l'Administration fiscale au titre de l'activité professionnelle en N-1 ou correspondant à la moyenne des deux dernières années, mentionnés sur la Demande d'Adhésion.

Pour les **créateurs**, en cas d'absence de revenus l'année précédente, le revenu professionnel prévisionnel établi dans le compte de résultat prévisionnel.

Pour les **repreneurs**, soit le revenu annuel net voté par l'Assemblée Générale ou alloué par une décision écrite des associés, soit le revenu moyen évalué dans le Business Plan lors du financement de la reprise de la société.

Pour les **conjointes collaborateurs** il n'y a pas de notion de revenu de référence, ces derniers n'ayant pas de rémunération.

Sclérose en plaques

Maladie inflammatoire et démyélinisante du cerveau et/ou de la moelle épinière provoquant des symptômes et signes neurologiques.

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

Sinistre

Évènement donnant lieu à une garantie au titre de l'adhésion.

Travailleurs non-salariés (TNS)

Tout professionnel indépendant exerçant en **France** ou en Polynésie française :

- à titre individuel ou en qualité d'associé d'une société de personnes relevant de l'impôt sur le revenu (IR),
- une activité commerciale, artisanale ou libérale et dont les revenus sont imposés dans la catégorie des bénéfices industriels ou commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC),
- en tant que dirigeant relevant de la Sécurité sociale pour les indépendants (SSI) ou gérant associé unique :
 - d'une Entreprise individuelle à responsabilité limitée (EIRL). L'EIRL est un statut juridique d'entreprise où l'entrepreneur peut affecter un patrimoine à son activité professionnelle, séparé de son patrimoine personnel et à partir de 15 février 2022, ayant le statut d'Entrepreneur Individuel y compris les micro-entrepreneurs ;
 - ou d'une Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL). L'EURL est un statut juridique d'entreprise obéissant aux règles d'une SARL adapté pour son fonctionnement avec un associé unique.

Union européenne (au 01/01/2025)

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

Union française d'épargne et de prévoyance (UFEP)

Association ayant pour objet de souscrire des contrats collectifs d'assurance vie et d'épargne retraite ou d'assurance prévoyance au profit de ses adhérents. À ce titre elle représente les intérêts collectifs des adhérents dans leur relation avec CARDIF. Elle est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations et par les articles L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances. Ses statuts sont disponibles sur le site <https://www.ufep.fr> ou peuvent être

adressés sur demande auprès du siège de l'association, 1 rue des fondrières, 92000 Nanterre.

Elle a pour objet de souscrire des contrats collectifs d'assurance vie et d'épargne retraite ou des contrats collectifs d'assurance prévoyance. À ce titre, elle représente les intérêts collectifs des adhérents dans les relations avec CARDIF.

L'objet du contrat

Le contrat Cardif Libertés Pro prévoit les garanties suivantes :

		GARANTIES ÉLIGIBLES À LA FISCALITÉ MADELIN
Les garanties incluses (sous réserve de remplir les conditions d'admission de ces garanties détaillées aux articles 1 et 2 de la présente notice)	■ Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA); ■ Double Effet. Par ailleurs, vous bénéficiez des prestations d'Assistance détaillées dans la notice Assistance.	✓ uniquement si versement en rente ✓ uniquement si versement en rente
Les garanties complémentaires facultatives (en complément des garanties incluses): les Garanties ITT, IPT et IPP sont indissociables et doivent être souscrites conjointement et simultanément	■ Invalidité (invalidité permanente partielle IPP et invalidité permanente totale IPT); ■ Incapacité temporaire totale de travail (ITT). L'ajout des garanties complémentaires est possible : - Lors de l'adhésion; - À chaque date d'échéance de l'adhésion. L'augmentation des niveaux de garantie est possible uniquement à chaque date d'échéance de l'adhésion. Pour les <i>professions libérales réglementées et non réglementées</i>, le choix du barème (croisé ou pro) applicable à la garantie invalidité se fait uniquement à l'adhésion.	✓ ✓
Les garanties optionnelles disponibles (en complément des garanties complémentaires souscrites)	Garanties optionnelles en complément des garanties Décès/PTIA: ■ Rente conjoint; ■ Rente éducation; ■ Doublement accidentel; ■ <i>Maladie redoutée</i>: cette garantie ne peut être souscrite que lors de l'adhésion au contrat. Garantie optionnelle en complément de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail: ■ Frais Généraux: cette garantie peut être souscrite lors de l'adhésion au contrat mais aussi en cours de vie du contrat, et dans ce cas des formalités médicales et/ou financières peuvent être requises. ■ Allocation enfant malade. Garantie optionnelle en complément de la garantie Invalidité: ■ Capital reconversion: cette garantie ne peut être souscrite que lors de l'adhésion au contrat.	✓ ✓ ✓ uniquement si versement en rente ✗ ✗ ✗ ✗ ✗
Les options disponibles	Option aux garanties Invalidité et Incapacité Temporaire Totale de Travail: ■ Sérénité: cette option ne peut être souscrite que lors de l'adhésion au contrat. Option à la garantie Invalidité: ■ Diminution du seuil d'invalidité: cette option ne peut être souscrite que lors de la souscription de la garantie Invalidité et qu'à l'adhésion. ■ Barème professionnel (Invalidité professionnelle): cette option ne peut être souscrite qu'à l'adhésion au contrat et lors de la souscription de la garantie Invalidité.	✓ ✓

Votre adhésion et ses modalités

1. QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Sous réserve de notre acceptation, vous devez remplir les conditions suivantes pour être **adhérent** :

- Être une personne physique ;
- Être membre de l'**UFEF** (l'adhésion à l'**UFEF** figure dans la demande d'adhésion aux conventions d'assurance collective n° 2831/4000 (Non Madelin) et n° 2832 (Madelin)) ;
- Être résident fiscal et exercer son activité professionnelle en **France** ou en Polynésie Française ;
- Remplir et signer la demande d'adhésion ;
- Exercer une activité professionnelle sous le statut de TNS, les professions libérales réglementées (y compris médicales et hors para-médicales) et non réglementées, les artisans et commerçants, les créateurs, les repreneurs et les gérants majoritaires ; ou
- Exercer une activité professionnelle en tant que **conjoint collaborateur**, **mandataire social**.

2. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Sous réserve de notre acceptation, vous devez remplir les conditions suivantes pour être **assuré** :

- Être une personne physique résidant en **France** ou en Polynésie Française ;
- Satisfaire aux formalités médicales et/ou conditions financières ;
- Exercer une activité professionnelle rémunérée (sauf pour les **conjoints collaborateurs** et **créateurs**) ;
- Être à jour, pendant toute la durée de l'adhésion au présent contrat, du versement des cotisations auprès du **Régime Obligatoire** dont relève son activité s'il est **TNS** ou gérant majoritaire. Cette condition ne s'applique toutefois pas aux mandataires sociaux
- **En complément, vous devrez remplir les conditions d'âge suivantes en fonction des garanties choisies :**

GARANTIE/OPTION	CONDITION D'ÂGE À LA DATE DE SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION
■ Décès ■ Option doublement accidentel (Décès) ■ Garantie Double Effet	Au moins 18 ans et 70 ans inclus au plus.
■ PTIA ■ Option Doublement accidentel (PTIA)	Au moins 18 ans et 64 ans inclus au plus.
Incapacité temporaire totale de travail	Au moins 18 ans et 64 ans inclus au plus.
Invalidité	
Rente Conjoint	
Rente Éducation	
Maladie Redoutée	
Frais Généraux	
Allocation Enfant Malade	
Sérénité	
Capital Reconversion	
Diminution du seuil d'invalidité	
Barème Professionnel (Invalidité professionnelle)	

3. QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?

Pour les garanties **Décès**, **Doublement Accidentel**, **Double Effet** : le capital ou la rente garanti(e) est versé(e) au(x) **bénéficiaire(s)** désigné(s) par l'**assuré**.

Vous avez le choix entre trois (3) modes de désignation de vos **bénéficiaire(s) :**

- Vous pouvez opter pour la clause type proposée par CARDIF : «*En cas de décès avant le terme de ma souscription et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux seront versés à mon conjoint ou à mon partenaire de PACS à la date du décès, à défaut à mes enfants ou en cas de décès ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un d'entre eux, à ses représentants, à défaut à mes héritiers* » ;

- Vous pouvez désigner nominativement les **bénéficiaires** dans la demande d'adhésion ou rédiger une clause particulière en adressant à Kereis France une lettre datée et signée précisant :

- les nom(s) de naissance et d'usage, prénom(s), adresse(s), date de naissance, ville de naissance (pays de naissance en cas de naissance à l'étranger), du (ou des) **bénéficiaire(s)** ;
- la répartition des capitaux décès ;
- les bénéficiaires en cas de prédécès ou renonciation d'un (ou des) **bénéficiaire(s)** désigné(s).

- Vous pouvez opter pour une clause particulière que vous déposez chez un notaire. Dans ce cas, vous devez adresser à Kereis France une lettre datée et signée indiquant uniquement les coordonnées du notaire et de son étude. Pour que ce type de clause soit valide, le notaire doit être en possession du nom de la compagnie d'assurance Cardif, du numéro de contrat et de l'identité complète du (ou des) **bénéficiaire(s)** du contrat.

La clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

En l'absence de **bénéficiaire désigné, les capitaux versés en cas de décès font partie de la succession de l'**assuré** en application de l'article L. 132-11 du Code des assurances.**

>>>



Les garanties **Décès** et **PTIA** sont indissociables et obligatoires.

Néanmoins, en cas d'adhésion à partir de 65 ans, seul le **Décès** sera couvert.

VOTRE ADHÉSION ET SES MODALITÉS

Modification de votre clause bénéficiaire

Vous pouvez à tout moment apporter un changement à la rédaction de votre clause bénéficiaire :

- Modifier ou préciser les coordonnées du (ou des) **bénéficiaire(s)** nommément désigné(s),
- Changer les **bénéficiaires**. Pour ce faire, vous adressez à Kereis France une lettre datée et signée qui mentionne très précisément le(s) nom(s) de naissance et d'usage, prénom(s), adresse(s), date(s) et ville(s) de naissance, pays de naissance en cas de naissance à l'étranger du (ou des) nouveau(x) **bénéficiaire(s)** désigné(s) et/ou la nouvelle répartition des capitaux décès et les **bénéficiaires** en cas de prédécès ou renonciation d'un (ou des) **bénéficiaire(s)** nouvellement désigné(s).

Si vous avez déposé votre clause bénéficiaire chez un notaire, vous pouvez la modifier de la même manière.

Il est important de vérifier périodiquement la rédaction de votre clause bénéficiaire en fonction de l'évolution de votre situation personnelle (naissance, divorce, décès...). Les **bénéficiaires** désignés doivent être identifiables par Kereis France et la répartition des capitaux décès doit être clairement définie.

Acceptation du **bénéficiaire**

L'**adhérent** reste libre de modifier la clause bénéficiaire lorsqu'elle n'est plus appropriée. Toutefois, la désignation d'un **bénéficiaire** devient irrévocable si ce dernier a accepté le bénéfice de l'adhésion. Du vivant de l'**adhérent**, l'acceptation doit être faite par lettre conjointe établie et signée par l'**adhérent** et le **bénéficiaire**, et adressée à l'assureur, soit par courrier à Kereis France - Prévoyance Individuelle - CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9, soit sur l'espace client sécurisé sur le site kereis.cardif.fr. L'accord du **bénéficiaire** est alors nécessaire si l'**adhérent** souhaite le révoquer.

En cas d'Incapacité temporaire totale de travail, d'Invalidité (Invalidité permanente partielle et Invalidité permanente totale), de PTIA : les prestations sont versées à l'**assuré**.

Pour les garanties **Maladie Redoutée**, **Frais généraux**, **Allocation enfant Malade**, **Capital Reconversion** : les prestations sont versées à l'**assuré**.

Pour la garantie « Rente de Conjoint » : les prestations sont versées au **conjoint** de l'assuré à la date du **sinistre**.

Pour la garantie « Rente Éducation » : les prestations sont versées à chaque enfant à charge de l'**assuré**, éligible et indiqué sur le **certificat d'adhésion** ou sur l'avenant en vigueur à la date du **sinistre**.

4. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS COUVERT ?

4.1 À QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHÉSION ?

Après l'étude des pièces médicales et financières, nous pouvons :

- Accepter la demande d'adhésion aux conditions normales du contrat ;
- Accepter la demande d'adhésion moyennant une surprime et/ou des restrictions de garanties (refus de certaines garanties ou exclusions de pathologies au titre d'une ou de plusieurs garanties) ;
- Ajourner la décision ;
- Refuser la demande d'adhésion.

Lorsque nous acceptons l'adhésion avec une surprime et/ou des restrictions de garanties, une proposition précisant les conditions particulières d'acceptation vous est adressée sur votre espace adhésion. Vous devez alors signer cette proposition sur votre espace adhésion.

En cas d'acceptation du risque par Cardif selon les modalités reprises ci-dessus, votre adhésion est conclue :

- En cas d'acceptation aux conditions normales du contrat : à la date de signature de la demande d'adhésion.
- En cas d'adhésion avec surprime et/ou restrictions de garanties : à la date de réception de la lettre d'acceptation de ces surprimes et/ou restrictions.

Toutefois, l'adhésion n'est pas conclue si vous faites l'objet de mesures restrictives ou de gel des avoirs en vertu du règlement européen n° 2580/2001 du 27 décembre 2001 ou des articles L.562-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Nous attirons votre attention sur le fait que, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque entraînera la nullité du contrat :

Article L.113-8 du Code des assurances : « indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'**assuré**, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'**assuré** a été sans influence sur le **sinistre**. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

>>>

VOTRE ADHÉSION ET SES MODALITÉS

4.2 À QUEL MOMENT PRENNENT EFFET VOS GARANTIES ?

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion, sauf pour les cas suivants :

En cas de <i>contrat à distance</i>	Les garanties prennent effet à l'expiration d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus, ou à la date de conclusion du contrat si vous en faites la demande expresse.
La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)	Cette garantie prend effet au terme d'un délai de <i>carence</i> de 3 mois à compter de la date de l'adhésion : pendant cette période, la garantie ne s'applique pas et aucun <i>sinistre</i> lié à cette garantie ne peut être pris en charge. Lorsque l'arrêt de travail est dû à une <i>maladie</i> psychiatrique, le délai de <i>carence</i> est porté à 12 mois. Le délai de <i>carence</i> ne s'applique pas en cas d' <i>accident</i> .
La garantie Frais Généraux	Cette garantie prend effet au terme d'un délai de <i>carence</i> de 3 mois : pendant cette période, la garantie ne s'applique pas et aucun <i>sinistre</i> lié à cette garantie ne peut être pris en charge. Lorsque l'arrêt de travail est dû à une <i>maladie</i> psychiatrique, le délai de <i>carence</i> est porté à 12 mois. Le délai de <i>carence</i> ne s'applique pas en cas d' <i>accident</i> .
La garantie Maladie Redoutée	Cette garantie prend effet au terme d'un délai de <i>carence</i> de 3 mois à compter de la date d'adhésion.
La garantie Allocation Enfant Malade	En cas de <i>maladie</i> , cette garantie prend effet au terme d'un délai de <i>carence</i> de 12 mois à compter de la date d'adhésion. Le délai de <i>carence</i> ne s'applique pas en cas d' <i>accident</i> .
Pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion	L' <i>assuré</i> est garanti contre le risque de décès consécutif à un <i>accident</i> . Cette garantie prend effet à la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie prend fin à la date : ■ De l'envoi du <i>certificat d'adhésion</i> d'assurance ; ■ De l'accord de l' <i>assuré</i> sur la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions. Cette garantie prend fin au plus tard 90 jours après sa date d'effet.

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'*adhérent* et l'assureur. L'acceptation de l'assureur est matérialisée par le certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties, ainsi que le détail des cotisations.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'assureur qui sera indiquée sur le certificat d'adhésion transmis à l'adhérent.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation.

Dans le cadre d'un changement d'assurance, les délais de *carence* pourront être abrogés, sous réserve de l'accord de l'assureur, lorsque les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de montant équivalent.

4.3 QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES ?

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à sa date d'échéance sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

4.4 QUAND PREND FIN VOTRE ADHÉSION ?

Votre adhésion prend fin :

- En cas de décès de l'*adhérent* (à l'exception du versement des prestations au titre de la garantie « double effet ») ;
- En cas de mise en œuvre de la garantie Décès ou de la garantie PTIA (à l'exception du versement des prestations au titre de la garantie « double effet », Rente éducation, Rente conjoint) ;
- À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 80^e anniversaire de l'*assuré* ;
- En cas de radiation de l'entreprise suite à la cessation complète et définitive de l'activité de l'entreprise de l'*assuré* (notamment en cas de décès, vente, départ à la retraite) ;
- En cas de résiliation par Cardif pour non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code des assurances) ;
- En cas de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'un *sinistre* ;
- En cas de résiliation du contrat à la demande de l'*adhérent*, selon les modalités précisées à l'article 4.6 de la présente notice ;
- En cas de résiliation de la convention d'assurance à l'initiative de l'assureur ou du souscripteur, vous serez alors informé au moins 3 mois avant la date de résiliation par lettre recommandée. Dans ce cas, une nouvelle convention sera mise en place, dont les conditions seront soit reprises à l'identique, soit transmises à l'*adhérent* pour accord en cas de modification ;
- Si le statut professionnel de l'*assuré* ne répond plus aux conditions d'éligibilité ;
- Pour l'*assuré conjoint collaborateur*, dès lors que l'adhésion de l'*assuré* principal est résiliée ou que le conjoint perd son statut de *conjoint collaborateur*.

>>>

VOTRE ADHÉSION ET SES MODALITÉS

Pour les garanties, l'adhésion prend fin dans les conditions figurant dans le tableau ci-après :

GARANTIE	DATE DE FIN DE GARANTIE	À SAVOIR
DÉCÈS	■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 80 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> .	
PTIA	■ À la date de liquidation même partielle de toute pension de retraite en cas d'activité professionnelle et de couverture par le <i>Régime obligatoire</i> . ■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> . À compter de ces dates, l'<i>assuré</i> est couvert exclusivement au titre de la garantie Décès.	
INVALIDITÉ	■ À la date de liquidation même partielle de toute pension de retraite ou de préretraite de l' <i>assuré</i> (en cas d'activité professionnelle et de couverture par le <i>Régime obligatoire</i>). ■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> . ■ À la date de cessation de l'activité professionnelle de l' <i>assuré</i> .	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL FRAIS GÉNÉRAUX	■ À la date de liquidation même partielle de toute pension de retraite ou de préretraite de l' <i>assuré</i> (en cas d'activité professionnelle et de couverture par le <i>Régime obligatoire</i>). ■ Au 31 décembre de l'année du 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> . ■ À la date de cessation de toute activité professionnelle.	
MALADIE REDOUTÉE	■ À la date du versement du capital en cas de <i>Maladie redoutée</i> . ■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> .	
RENTE CONJOINT	■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> .	Le versement de la rente au <i>conjoint</i> cesse au 65 ^e anniversaire de ce dernier.
RENTE ÉDUCATION	■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> .	Le versement de la Rente Éducation cesse au 21 ^e anniversaire de l'enfant bénéficiaire, ou, si ce dernier poursuit ses études supérieures, jusqu'à la fin de ces études et au plus tard jusqu'à son 26 ^e anniversaire.
CAPITAL RECONVERSION	■ À la date du versement du Capital Reconversion. ■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> .	
ALLOCATION ENFANT MALADE	■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 66 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> .	La garantie Allocation Enfant Malade concerne uniquement les enfants de moins de 18 ans fiscalement à charge de l' <i>assuré</i> .
DOUBLEMENT ACCIDENTEL	■ À la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 80 ^e anniversaire de l' <i>assuré</i> .	

L'assureur devra impérativement être informé si l'*assuré* cesse d'exercer la profession déclarée, si les conditions d'exercice de cette pro-

fession sont modifiées, si l'*assuré* change de statut social ou change de domicile, ces modifications pouvant avoir pour conséquence une

modification de la cotisation ou une résiliation du contrat.

VOTRE ADHÉSION ET SES MODALITÉS

4.5 FACULTÉ DE RENONCIATION

En cas de démarchage	Vous bénéficiez d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'adhésion. (Article L.112-9 du Code des assurances): « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »
En cas de contrat à distance	(Article L.222-7 de Code de la consommation et article L.112-2-1 du Code des assurances) Vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires . Si vous avez choisi la prise d'effet immédiate des garanties, en cas de renonciation, l'assureur vous remboursera la partie de la prime correspondant à la période pendant laquelle la couverture n'a pas couru.
Dans tous les autres cas	Vous bénéficiez également d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'adhésion .

Vous pouvez exercer votre faculté de renonciation en utilisant le modèle de lettre suivant : « Je soussigné(e) (M. Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat « Cardif Libertés Pro » n° xxxx/xxxx. Le (date) Signature » et en adressant votre demande à Kereis France sur votre espace client sécurisé ou à l'adresse suivante : Kereis France - Prévoyance Individuelle - CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9.

Vous bénéficiez du droit de renonciation à ce contrat pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- Le contrat auquel vous souhaitez renoncer n'est pas intégralement exécuté ;
- Vous n'avez déclaré aucun [sinistre](#) pour ce contrat.

Nous vous rembourserons l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à

compter de la réception de la lettre de renonciation. À compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

4.6 FACULTÉ DE RÉSILIATION

L'[adhérent](#) peut résilier le contrat en adressant une notification au Gestionnaire par courrier à l'adresse Kereis France - Prévoyance Individuelle - CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9, au moins 2 mois avant la date de renouvellement du contrat.

L'[adhérent](#) peut également résilier le contrat par mail à prevoyance.cardif@kereisfrance.com ou sur son espace client sécurisé sur le site kereis.cardif.fr

La résiliation prendra effet 2 mois après la réception de la demande de résiliation. Kereis France s'engage à confirmer par écrit la réception de la demande de résiliation.

5. QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION À ACCOMPLIR ?

5.1 LES FORMALITÉS D'ADHÉSION (MÉDICALES ET FINANCIÈRES)

Les formalités médicales et financières à effectuer sont déterminées en fonction du [capital sous risque](#) ou du montant d'[indemnité journalière](#) assuré par Cardif et de l'âge de l'[assuré](#). Elles sont détaillées dans le devis d'assurance.

5.2 LE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

Pour faciliter les démarches de formalités médicales et vous éviter toute avance de fonds, nous vous invitons à effectuer l'ensemble des examens dans un centre agréé par Cardif. Dans ce cas, nous prenons en charge l'intégralité des frais engagés.

Pour connaître le ou les centres médicaux les plus proches de votre domicile, rendez vous sur le site <https://geoloc-centresagrees.cardif.fr>, ou appelez le numéro de téléphone 0810060080 (0,06 € / min).

Si vous le désirez, vous pouvez aussi accomplir ces examens auprès du médecin ou du laboratoire de votre choix. Dans ce cas, les frais que vous avancerez vous seront remboursés dans la limite d'un plafond indiqué dans le document intitulé « Demande de Formalités Contractuelles ».

Après avoir accompli ces examens, il ne vous reste plus qu'à transmettre les résultats :

- soit en ligne les déposant dans votre Espace Adhésion ;
- soit en les adressant par courrier, sous pli confidentiel, accompagnés des factures originales établies par chaque praticien, au Médecin-conseil de Cardif à l'adresse, Kereis France - Prévoyance Individuelle - CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9.



Le capital sous risque correspond à la somme de l'ensemble des capitaux assurés au titre de la garantie décès, de la rente éducation pour une durée de 10 ans et de la rente de conjoint pour une durée de 20 ans.

Les garanties et les prestations du contrat

6. QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ET LES PRESTATIONS ASSOCIÉES EN CAS DE SINISTRE ?

En cas de **sinistre**, les prestations versées dépendent des garanties choisies.

6.1 DISPOSITION COMMUNE AUX GARANTIES DÉCÈS/PTIA, RENTE ÉDUCATION, RENTE CONJOINT

Le **capital sous risque** est limité à 7 500 000 € pour les **Travailleurs Non-Salariés** installés, à 300 000 € pour les **créateurs**, les **repreneurs** et les **conjointes collaborateurs**, sauf situation particulière et dérogation accordée par l'assureur.

Rappel: Le **capital sous risque** correspond à la somme de l'ensemble des **capitaux assurés** au titre de la garantie décès (Capital décès toutes causes et accidentel), de la rente éducation pour une durée de 10 ans et de la rente de conjoint pour une durée de 20 ans.

Par conséquent, la limitation mentionnée ci-dessus est une limite globale au titre des garanties suivantes :

- Décès/PTIA toutes causes
- Rente Éducation
- Rente Conjoint

6.2 LA GARANTIE DÉCÈS

Garantie Décès accidentel pendant l'accomplissement des formalités d'adhésion :

En cas de décès consécutif à un **accident** survenu pendant l'accomplissement des formalités d'adhésion, nous prenons en charge le versement au(x) **bénéficiaire(s)** désigné(s) de l'indemnité déterminée à l'adhésion ou par avenant et **dans la limite de 500 000 €, sous réserve des exclusions énoncées à l'article 8 de la présente Notice.**

Garantie Décès

En cas de décès consécutif à un **accident** ou à une **maladie** survenu(e) en cours de contrat, nous prenons en charge le versement au(x) **bénéficiaire(s)** désigné(s) du capital déterminé à l'adhésion ou par avenant, **sous réserve des exclusions énoncées à l'article 8 de la présente Notice.**
Le **capital assuré** est versé sous forme :

- d'une **rente viagère** dans le cadre de la convention n° 2832 « Madelin ».
- d'un capital en un versement unique dans le cadre de la convention n° 2831/4000 « Non Madelin ».

Le montant du capital versé en cas de Décès est déterminé à l'adhésion ou par avenant en cours de contrat. **Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €.**

Le **capital assuré** est limité à 7 500 000 € pour les **Travailleurs Non-Salariés** installés, à 300 000 € pour les **créateurs**, les **repreneurs** et les **conjointes collaborateurs**, sauf situation particulière et dérogation accordée par l'assureur.

Garantie Double Effet

Si, simultanément au décès ou dans les 2 ans suivant le décès de l'**assuré**, le **conjoint** ou le partenaire de PACS de ce dernier décède avant son 80^e anniversaire, nous prenons en charge, en complément des prestations versées au titre de la garantie décès, le versement d'un capital supplémentaire aux enfants fiscalement à charge, réparti entre eux par parts égales. Le montant de ce capital est égal au **capital assuré** au titre de la Garantie Décès porté sur le **certificat d'adhésion** ou sur l'avenant en vigueur à la date du **sinistre** (hors doublement en cas de décès accidentel et hors capitaux constitutifs des rentes).

Le **capital assuré** est versé sous forme :

- d'une **rente viagère** dans le cadre de la convention n° 2832 « Madelin ».
- d'un capital en un versement unique dans le cadre de la convention n° 2831/4000 « Non Madelin ».

Sont considérés ici comme « enfants fiscalement à charge », les enfants qui étaient fiscalement à la charge de l'**assuré** au moment de son décès, et qui sont toujours à la charge du **conjoint** lors du décès de ce dernier.

Cette garantie est incluse dans la garantie Décès.

6.3 LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

■ Qu'est-ce que la Perte totale et irréversible d'autonomie ?

Est considéré en état de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), l'**assuré** exerçant une activité professionnelle au jour du **sinistre**,

reconnu inapte à tout travail à la suite d'une **maladie** ou d'un **accident** et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit et devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

■ Quelles sont les prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie ?

En cas de PTIA, nous vous versons le montant du **capital assuré**, dont le montant est déterminé lors de l'adhésion ou par avenant en cours de contrat.

Le **capital assuré** est versé sous forme :

- d'une **rente viagère** dans le cadre de la convention n° 2832 « Madelin ».
- d'un capital en un versement unique dans le cadre de la convention n° 2831/4000 « Non Madelin ».

Le montant du capital versé en cas de Décès est déterminé à l'adhésion ou par avenant en cours de contrat. Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €.

Le **capital assuré** en cas de PTIA est identique au capital assuré au titre de la Garantie Décès.

6.4 LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

■ Qu'est-ce que l'Incapacité Temporaire Totale de Travail ?

Est considéré en Incapacité Temporaire Totale de Travail par l'assureur, l'**assuré** qui, à la suite d'une **maladie** ou d'un **accident**, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer son activité professionnelle, et qui n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. >>>



Les garanties Décès et PTIA sont indissociables et obligatoires.



Le déclenchement des prestations au titre de la garantie PTIA met fin au contrat.

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

■ Quelles sont les prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ?

En cas d'arrêt de travail, nous vous versons, à l'expiration du délai de **franchise** mentionné ci-après et pendant toute la durée de l'incapacité temporaire totale de travail **dans la limite de 1095 jours (franchise incluse)**, des **indemnités journalières** :

- En cas de **prestation forfaitaire**, le montant de la prestation versée est égal au montant renseigné sur le **certificat d'adhésion** ou l'avenant en vigueur sans pouvoir excéder les revenus déclarés au titre de l'année

précédant l'adhésion ou la modification des garanties, déduction faite des prestations estimées du **Régime obligatoire**.

- En cas de **prestation indemnitaire**, le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'**assuré**, déduction faite des prestations perçues par tout autre **Régime obligatoire**, dans la limite de 120 % des revenus de l'assuré constatés à la date du **sinistre** et sans dépasser le montant renseigné sur le **certificat d'adhésion** ou l'avenant en vigueur.

L'**adhérent** choisit le montant d'**indemnités journalières** qu'il souhaite souscrire. Le montant des **indemnités journalières** versé varie selon 3 périodes d'indemnisation :

- Période 1 : Du 1^{er} au 90^e jour
- Période 2 : Du 91^e au 365^e jour
- Période 3 : Du 366^e au 109^e jour

Les prestations perçues du **Régime obligatoire** peuvent être différentes sur ces 3 périodes.

Le montant maximum de l'**indemnité journalière** est indiqué dans le tableau ci-dessous: ■■

MONTANT MAXIMUM DE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ■■		
	Forfaitaire	Indemnitaire
Travailleurs Non-Salariés installés	■ 350 € pour les professions réglementées ■ 200 € pour les professions non réglementées ■ 125 € pour les artisans et les commerçants	600 €
■ Possibilité de couvrir au-delà de ces montants, sur dérogation accordée par l'assureur après analyse financière. ■ Pour les Travailleurs Non-Salariés installés, le mode de prestation appliqué sera défini en fonction du montant maximum sur les 3 périodes d'indemnisation.		
Créateurs / Repreneurs	120 €	Non éligible
Conjoint collaborateur	80 €	Non éligible

Exemples illustratifs:

Ces exemples sont basés sur des montants d'**indemnité journalière indicatifs**, estimés en fonction du régime issu de la réforme applicable depuis le 1^{er} juillet 2021 (Article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021). Les situations reprises dans ces exemples peuvent donc varier en fonction de l'**indemnité journalière** effectivement prise en charge par votre **Régime obligatoire**.

Exemple 1:

Pour un assuré TNS Profession réglementée (le seuil à prendre en compte est de 350 €), expert-comptable gagnant 430 € par jour, le montant d'**indemnité journalière** (IJ) par période qu'il est demandé d'assurer par Cardif à l'adhésion est déterminé comme suit :

- 1^{re} période: 261 € (430 € de revenu journalier - 169 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)
- 2^e période: 340 € (430 € de revenu journalier - 90 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)
- 3^e période: 340 € (430 € de revenu journalier - 90 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)

L'**indemnité journalière** maximale qu'il est demandé à Cardif d'assurer étant de **340 €**, la prestation perçue en cas d'arrêt de travail sera **forfaitaire** sur les 3 périodes.

Exemple 2:

Pour un assuré TNS Profession réglementée (le seuil à prendre en compte est de 350 €), architecte gagnant 500 € par jour, le montant d'**indemnité journalière** assuré par Cardif est déterminé comme suit :

- 1^{re} période: 331 € (500 € de revenu journalier - 169 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)
- 2^e période: 500 € (500 € de revenu journalier - 0 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)
- 3^e période: 500 € (500 € de revenu journalier - 0 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)

L'**indemnité journalière** maximale qu'il est demandé à Cardif d'assurer étant de **500 €**, la prestation perçue en cas d'arrêt de travail sera **indemnitaire** sur les 3 périodes.

Exemple 3:

Pour un assuré TNS Profession réglementée (le seuil à prendre en compte est de 350 €), agent général d'assurance gagnant 300 € par jour, le montant d'**indemnité journalière** assuré par Cardif est déterminé comme suit :

- 1^{re} période: 150 € (300 € de revenu journalier - 150 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)
- 2^e période: 300 € (300 € de revenu journalier - 0 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)
- 3^e période: 300 € (300 € de revenu journalier - 0 € d'IJ versé par le Régime obligatoire)

L'**indemnité journalière** maximale qu'il est demandé à Cardif d'assurer étant de **300 €**, la prestation perçue en cas d'arrêt de travail sera **forfaitaire** sur les 3 périodes.

La rente annuelle assurée au titre de l'ITT ne pourra en aucun cas excéder 1/3 du capital assuré au titre de la garantie Décès/PTIA.

Exemple: un **assuré** souhaitant s'assurer pour un montant d'**indemnité journalière** de 200 € devra souscrire à un capital Décès/PTIA d'au moins 219 000 €.

>>>

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

Les prestations ne sont versées qu'à l'expiration du délai de **franchise** choisi à l'adhésion.

Les combinaisons de **franchise** possibles sont reprises dans le tableau ci-dessous.

La durée de ce délai de **franchise** varie en fonction du fait générateur (**Maladie**, **Accident**, **Hospitalisation**) et doit être adaptée à votre **Régime obligatoire**.

En cas d'**hospitalisation**, c'est la **franchise hospitalisation** qui s'applique et non la **franchise maladie**.

En cas d'**accident**, c'est la **franchise accident** qui s'applique, et non les **franchises hospitalisation** et **maladie**.

N°	Maladie (en jours)	Accident (en jours)	Hospitalisation (en jours)
1	15	3	3
2	15	15	15
3	30	3	3
4	30	30	30
5	60	3	3
6	60	60	60
7	90	3	3
8	90	90	90

En cas de rechute :

En cas de rechute provenant du même **accident** ou de la même **maladie** survenant après une reprise d'activité inférieure ou égale à 60 jours, la **franchise** ne s'applique pas.

À l'inverse, une rechute survenant plus de 60 jours après une reprise d'activité professionnelle sera considérée comme un nouveau **sinistre** et la **franchise** sera en conséquence appliquée.

En cas de reprise dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique :

Si l'**assuré** reprend une activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, nous prenons en charge 50 % de l'**indemnité journalière** pendant la durée du temps partiel thérapeutique, dans la limite de 180 jours.

6.5 LA GARANTIE INVALIDITÉ

■ Qu'est-ce que l'Invalidité : L'Invalidité permanente totale (IPT) et l'Invalidité permanente partielle (IPP) ?

L'évaluation de l'Invalidité s'appuie sur l'application d'un barème :

- Le barème croisé, combinaison de l'incapacité fonctionnelle et de l'incapacité professionnelle. Il en résulte un taux d'invalidité N.
- Les professions libérales réglementées et non réglementées peuvent également opter pour l'option "Barème Professionnel", dans le cadre duquel le taux d'invalidité correspond au taux d'incapacité professionnelle.

Il y a deux types d'invalidité :

→ **L'invalidité permanente totale - IPT** : l'**assuré** est considéré en état d'invalidité permanente totale si, à la suite d'une **maladie** ou d'un **accident**, et après consolidation de son état, l'**assuré** est incapable de se livrer à son activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. L'IPT est reconnue lorsque la résultante du barème croisé (le taux d'invalidité N) est égale ou supérieure à 66 % ;

→ **Invalidité permanente partielle - IPP** : l'**assuré** est considéré en état d'invalidité permanente partielle si, à la suite d'une **maladie** ou d'un **accident**, et après consolidation de son état, le taux d'invalidité N déterminé conformément au barème choisi lors de l'adhésion et mettant l'**assuré** dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une partie de son activité professionnelle est :

- Supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % (par défaut)
- Supérieur ou égal à 15 % et inférieur à 66 % si l'option "diminution du seuil d'invalidité" a été choisie lors de l'adhésion.

→ Si le taux d'invalidité N est inférieur au seuil d'invalidité choisi lors de l'adhésion (15 % ou 33 %) : l'**assuré** n'est pas considéré en état d'invalidité, par conséquent aucune prestation n'est versée.

■ Comment est déterminé le taux d'invalidité permanente totale (IPT) et d'invalidité permanente partielle (IPP) ?

Quel que soit le barème et le seuil d'invalidité choisi lors de l'adhésion, l'appréciation par Cardif de la notion d'invalidité fait suite à une expertise médicale réalisée par son médecin conseil ou un expert indépendant de son choix et n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, du médecin du travail ou de tout autre organisme.

La garantie Invalidité de votre contrat d'assurance a des conditions d'application et des critères d'évaluation différents de ceux de la Sécurité sociale, du médecin du travail et des organismes sociaux.

Par conséquent, la reconnaissance d'un état d'invalidité par la Sécurité sociale ou un autre organisme, n'implique pas nécessairement le déclenchement de la garantie invalidité par Cardif qui appliquera les conditions de la présente Notice.

La garantie Invalidité comporte à la fois l'IPT et l'IPP, qui ne peuvent être souscrites séparément.

■ L'option Diminution du Seuil d'Invalidité :

Les professions libérales réglementées et non réglementées peuvent opter pour cette option. Les artisans et commerçants ne peuvent pas adhérer à l'option. >>>



La franchise correspond au nombre minimum de jours consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible.



IPT : taux d'invalidité N égal ou supérieur à 66 %.

IPP : taux d'invalidité N supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % (par défaut). Option disponible pour abaisser ce seuil à 15 %.

Si N est inférieur à 33 % (par défaut) : pas d'indemnisation. Option disponible pour abaisser ce seuil à 15 %.

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

- Le Barème croisé

Le tableau ci-après permet de déterminer le taux contractuel d'IPT ou d'IPP. Ce taux détermine le droit aux prestations et leur montant. ■
Le taux contractuel d'IPT ou d'IPP est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

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

- Le taux d'incapacité professionnelle est établi en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession, en faisant abstraction des possibilités de reclassement et d'exercice d'une autre activité professionnelle.

TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE (DÉTERMINÉ EN FONCTION DU BARÈME DE DROIT COMMUN DU CONCOURS MÉDICAL)										
Taux d'incapacité professionnelle	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10,00	13,95	18,08	23,10	29,24	33,02	35,69	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	92,22	100,00

■ Si N est inférieur à 33 % (ou 15 % si cette option a été sélectionnée à l'adhésion) : pas d'indemnisation.

■ IPP avec option diminution du seuil d'invalidité à 15 % : taux d'invalidité N supérieur à 15 % et inférieur à 66 %.

■ IPP : taux d'invalidité N compris entre 33 % et inférieur à 66 %.

■ IPT : taux d'invalidité N égal ou supérieur à 66 %.

- L'option Barème professionnel (invalidité professionnelle)

Seules les professions libérales (réglementées et non réglementées) peuvent opter pour l'option "Barème professionnel". Le choix de l'option se fait à l'adhésion.
Dans le cadre de l'option "Barème professionnel", le taux d'invalidité correspond au taux d'incapacité professionnelle.
S'il s'avère que le taux d'invalidité en barème croisé est plus avantageux, alors il sera pris en compte en lieu et place du taux d'incapacité professionnelle seul.

■ Quelles sont les prestations en cas d'Invalidité ?

- En cas de prestation forfaitaire

Nous versons à l'assuré une quote-part de la rente mensuelle définie à l'adhésion ou par avenant.

- En cas de prestation indemnitaire

nous versons à l'assuré une quote-part de la rente mensuelle déterminée à partir des revenus de l'assuré, déduction faite des prestations perçues par tout autre Régime obligatoire dans la limite de 120 % des revenus de l'assuré constatés à la date du sinistre et sans

dépasser le montant de la rente renseigné sur le certificat d'adhésion ou l'avenant en vigueur. L'indemnisation cesse à l'âge de départ à la retraite et au plus tard au 67^e anniversaire de l'assuré.

Le montant maximum de la Rente invalidité mensuelle correspond à 1/12^e de la Rente invalidité annuelle maximum.

Le montant de la rente mensuelle garantie en cas d'Invalidité est déterminé en fonction des prestations perçues en cas d'arrêt de travail (au titre du présent contrat et du Régime obligatoire). ■

MONTANT MAXIMUM DE LA RENTE ANNUELLE EN CAS D'INVALIDITÉ		
	<u>Forfaitaire</u>	<u>Indemnitaire</u>
<u>Professionnels libéraux</u> installés	- 127 750 € par an pour les professions réglementées - 73 000 € par an pour les professions non réglementées - 45 625 € par an pour les artisans et commerçants	219 000 € par an
→ Possibilité de couvrir au-delà de ces montants, sur dérogation accordée par l'assureur après analyse financière.		
<u>Créateurs / Repreneurs</u>	43 800 € par an	Non éligible
<u>Conjoint collaborateur</u>	29 200 € par an	Non éligible

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

La quote-part de la rente qui sera versée varie selon le taux d'invalidité de l'**assuré** et est précisée dans le tableau ci-après :

GARANTIE	PRESTATION VERSÉE	
	Prestation forfaitaire	Prestation indemnitaire
IPP (le taux d'invalidité N est supérieur ou égal à 15 % ou 33 % selon l'option choisie à l'adhésion, et inférieur à 66 %)	Le montant de la rente versée est égal à N/66 de la rente déterminée à l'adhésion ou par avenant.	Le montant de la rente versée est égal à N/66 des revenus de l' assuré constatés à la date du sinistre , déduction faite des prestations perçues par tout autre Régime obligatoire , dans la limite de 120 % des revenus de l' assuré constatés à la date du sinistre et sans dépasser le montant de la rente assurée renseigné sur le certificat d'adhésion ou l'avenant en vigueur.
IPT (le taux d'invalidité N est égal ou supérieur à 66 %)	Le montant de la rente versée est égal à 100 % de la rente déterminée à l'adhésion ou par avenant.	Le montant de la rente versée est égal aux revenus de l' assuré constatés à la date du sinistre , déduction faite des prestations perçues par tout autre Régime obligatoire , dans la limite de 120 % des revenus de l' assuré constatés à la date du sinistre et sans dépasser le montant de la rente assurée renseigné sur le certificat d'adhésion ou l'avenant en vigueur.

6.6 EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS DE MISE EN JEU DES GARANTIES ITT ET IPT/IPP

En cas de **sinistre** couvert par les garanties ITT ou IPT/IPP, l'**assuré** est exonéré de toute cotisation au titre du contrat concerné à compter du 91^e jour d'arrêt de travail et durant toute la durée de la prise en charge. Cette exonération prend fin dès que l'indemnisation de l'**assuré** au titre des garanties ITT ou IPT/IPP cesse.

Cette exonération n'est pas accordée en cas de reprise partielle du travail.

dépenses liées à la **Maladie Redoutée** et non couvertes par la Sécurité Sociale.

Il ne sera versé qu'une seule fois la prestation au titre de cette garantie, que plusieurs **Maladies Redoutées** surviennent successivement ou simultanément.

Le versement du capital met fin à la garantie **Maladie Redoutée**.

Si le décès ou la PTIA survient après le déclenchement de la **Maladie Redoutée**, le capital versé pour la prestation Décès ou PTIA se cumule avec le capital versé au titre de la **Maladie Redoutée**.

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

par jour, soit 182 500 € par an. Cette indemnité journalière correspond aux charges fixes déclarées et renseignées à l'adhésion, à l'appui du bilan comptable, du prévisionnel ou du Cerfa 2035 rubrique Dépenses professionnelles (lignes 9 à 32) (ou son équivalent) et proratisée à la durée de l'arrêt de travail.

Important : Il est donc de la responsabilité de l'assuré de nous informer en cas de baisse ou de hausse d'activité afin que ce montant soit mis à jour. Le montant de la prestation versée ne peut pas excéder le montant des frais généraux professionnels permanents effectivement engagés par l'adhérent pendant la période d'arrêt de l'assuré dans la limite de l'indemnité journalière renseignée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant en vigueur.

6.7 LA GARANTIE MALADIE REDOUTÉE

■ Qu'est-ce que la garantie Maladie Redoutée ?

La garantie « **Maladie Redoutée** » se déclenche dès lors que la **maladie** garantie est diagnostiquée pour la première fois après la prise d'effet de l'adhésion. La liste des **maladies redoutées** prises en charge sont les suivantes : **cancer**, **accident vasculaire cérébral** (AVC), crise cardiaque (**infarctus du myocarde**), **sclérose en plaques**.

■ Quelles sont les prestations en cas de Maladie Redoutée ?

En cas de **Maladie Redoutée**, nous versons à l'**assuré** un capital forfaitaire de **10 000 €, 25 000 €, 50 000 € ou 100 000 €** en fonction de son choix à l'adhésion, destiné à financer les

6.8 LA GARANTIE FRAIS GÉNÉRAUX

Cette garantie ne peut être souscrite que si la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) a été souscrite.

Elle peut être souscrite lors de l'adhésion au contrat, mais également au cours de vie du contrat et dans ce cas des formalités médicales et/ou financières supplémentaires peuvent être requises.

En cas d'arrêt de travail, nous versons à l'**assuré** des **indemnités journalières** dont le montant est mentionné sur le **certificat d'adhésion** ou l'avenant en vigueur, **dans la limite de 500 €**

Exemple de frais généraux :

- Salaires des employés (en CDI) ;
- Charges sociales sur salaires pour la part patronale ;
- Loyers et charges locatives ;
- Entretien et réparation des locaux professionnels (TFSE) ;
- Chauffage, eau, électricité, gaz, abonnement téléphonique ;
- Honoraires de l'expert-comptable ;
- Primes d'assurance.

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

Le versement des prestations se fait mensuellement, **pendant une durée maximum de 365 ou 730 jours** selon le choix de l'*assuré* à l'adhésion.

Si l'*assuré* reprend une activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, nous prenons en charge 50 % de l'*indemnité journalière* pendant la durée du temps partiel thérapeutique, **dans la limite de 180 jours**.

Les prestations ne sont versées qu'à l'expiration du délai de *franchise*  choisi à l'adhésion pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail. La durée de ce délai de *franchise* varie en fonction du fait générateur (*maladie*, *accident*, *hospitalisation*) et doit être adaptée au *Régime obligatoire* de l'*assuré*.

En cas d'*hospitalisation*, c'est la *franchise hospitalisation* qui s'applique, et non la *franchise maladie*. En cas d'*accident*, c'est la *franchise accident* (ou l'absence de *franchise accident*) qui s'applique, et non les *franchises hospitalisation et maladie*.

En cas de rechute inférieure à 60 jours, la *franchise* ne s'applique pas.

À l'inverse, une rechute survenant plus de 60 jours après une reprise d'activité professionnelle sera considérée comme un nouveau *sinistre* et la *franchise* sera en conséquence appliquée.

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

Cette garantie n'est pas ouverte au *conjoint collaborateur* ni au *Mandataire Social*.

7. QUELLES SONT LES OPTIONS PROPOSÉES ET LES PRESTATIONS ASSIÉES EN CAS DE SINISTRE ?

7.1 LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION

■ Qu'est-ce que la Rente Éducation ?

En cas de décès de l'*assuré*, la garantie Rente Éducation prévoit le versement d'une *rente annuelle* temporaire à chaque enfant à charge de l'*assuré* au moment de son décès, jusqu'à ses 21 ans inclus ; le versement de la rente sera toutefois poursuivi si l'enfant poursuit ses études supérieures et ce au plus tard jusqu'à son 26^e anniversaire.

Sont considérés comme Enfants à charge, les enfants de l'*assuré* :

- Rattachés au foyer fiscal de l'*assuré* ;
- Non fiscalement à charge, mais pour les-

quels l'*assuré* verse une pension alimentaire à la suite d'une décision de justice ;

- Enfants nés moins de 300 jours après le décès de l'*assuré*.

■ Quelles sont les prestations versées ?

Le montant de la prestation à verser à chaque enfant est calculé à partir de la *rente annuelle temporaire* déterminée à l'adhésion ou par avenant. La prestation versée est progressive et augmente en fonction de l'âge de l'enfant *bénéficiaire* à la date du versement de la rente :

- De 0 à moins de 12 ans : 50 % du montant de la rente déterminé à l'adhésion ou par avenant.
- De 12 ans à moins de 18 ans : 75 % du montant de la rente déterminé à l'adhésion ou par avenant.
- De 18 ans à 26 ans : 100 % du montant de la rente déterminé à l'adhésion ou par avenant.

Le montant de la rente annuelle temporaire est compris entre 1 000 € et 15 000 € par an et par enfant.

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu et cesse dès la survenance de l'un des événements suivants :

- Décès de l'enfant ;
- 21^e anniversaire de l'enfant ; le versement de la rente sera toutefois poursuivi, au plus tard jusqu'à son 26^e anniversaire, si l'enfant poursuit ses études supérieures.

7.2 LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT

■ Qu'est-ce que la Rente de Conjoint ?

En cas de Décès, la garantie Rente de Conjoint prévoit le versement d'une rente temporaire annuelle au *conjoint* jusqu'au remariage, nouveau PACS ou décès de ce dernier, et au plus tard jusqu'à son 65^e anniversaire.

Le versement de la rente de conjoint se fait en complément du versement des prestations dues au titre de la garantie Décès ou PTIA.

■ Quelles sont les prestations versées ?

L'*adhérent* choisit le montant de la *rente annuelle temporaire* dans la limite de **60 000 € par an**, avec un minimum de 1 200 € par an.

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu.

7.3 LA GARANTIE ALLOCATION ENFANT MALADE

■ Qu'est-ce que l'Allocation Enfant Malade ?

En cas d'*hospitalisation* suite à un *accident* ou à une *maladie* d'un enfant de moins de 18 ans fiscalement à charge de l'*assuré*, la garantie Allocation Enfant Malade prévoit le versement d'une *indemnité journalière* forfaitaire à l'*assuré*.

L'indemnisation commence à l'expiration d'un délai de *franchise* de 7 jours d'*hospitalisation*, sauf si l'*hospitalisation* est consécutive à un *accident* auquel cas l'indemnisation est immédiate .

■ Quelles sont les prestations versées ?

Le montant de l'*indemnité journalière* versée est déterminé à l'adhésion ou par avenant et est compris **entre 50 et 100 €**.

L'indemnisation ne pourra pas dépasser **60 jours maximum** par an, quel que soit le nombre de *sinistres* survenus.

 La franchise correspond au nombre minimum de jours consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible.

 Rappel : la garantie Allocation Enfant Malade prend effet à l'expiration d'un délai de carence de 12 mois en cas de maladie et pas de carence en cas d'accident.

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

Ces jours d'indemnisation peuvent être répartis sur un ou plusieurs enfants fiscalement à charge de l'**assuré** et réglés en une ou plusieurs fois selon le nombre de séjours hospitaliers et la durée de l'**hospitalisation**.

Si plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans et fiscalement à charge de l'**assuré** sont hospitalisés simultanément, l'**assuré** ne perçoit qu'une seule allocation par jour. Cette allocation est versée mensuellement à terme échu.

La garantie « Allocation Enfant Malade » n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

7.4 LA GARANTIE CAPITAL RECONVERSION

En cas d'Invalidité Permanente Totale de l'**assuré**, la garantie Capital Reconversion prévoit le versement d'un capital complémentaire dont le montant est déterminé à l'adhésion. **Ce capital ne peut excéder 200 000 €.**

Le versement du capital met fin à la garantie.

La garantie « Capital Reconversion » n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

7.5 LA GARANTIE DOUBLEMENT ACCIDENTEL DU CAPITAL DÉCÈS/PTIA

Cette garantie prévoit, en complément des prestations versées au titre de la garantie Décès/PTIA, le versement du montant du **capital assuré** au titre de la garantie concernée, en cas de Décès ou de PTIA consécutif à un **accident** :

- Le montant du **capital assuré** au titre de la garantie Doublement Accidentel est égal au montant du **capital assuré** au titre de la garantie Décès (hors Double effet), **dans la limite de 1 000 000 €.**

- Si l'**adhérent** a souscrit les garanties ITT/IPT/IPP, le capital versé en cas de PTIA dans le cadre de la garantie Doublement Accidentel sera limité à 500 000 €.

En cas de décès de l'**assuré** consécutif à un **accident** et survenu dans les 12 mois suivant l'**accident** :

- Le capital garanti est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).
- Dans le cadre de la convention collective n° 2832 « Madelin », le **capital assuré** est versé sous forme d'une **rente viagère**.
- Dans le cadre de la convention collective

n° 2831/4000 « Non Madelin », le capital est versé sous la forme d'un capital en un versement unique.

En cas de PTIA consécutif à un **accident** et survenue dans les 12 mois suivant l'**accident** :

- Le capital garanti en cas de décès est versé à l'assuré par **anticipation**.
- Dans le cadre de la convention collective n° 2832 « Madelin », le **capital assuré** est versé sous forme d'une **rente viagère**.
- Dans le cadre de la convention collective n° 2831/4000 « Non Madelin », le capital est versé sous la forme d'un capital en un versement unique.

Les **accidents** survenus avant la date d'effet de l'Adhésion ainsi que leurs suites et conséquences ne donneront jamais lieu à indemnisation au titre du présent contrat, sauf s'ils ont été déclarés et acceptés à l'Adhésion.

Seuls sont garantis le décès et la PTIA qui surviennent dans les 12 mois suivant l'**accident** et qui en sont la conséquence directe.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au(x) **bénéficiaire(s)** d'apporter la preuve de l'**accident** et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou la PTIA.

7.6 L'OPTION SÉRÉNITÉ

Cette option a pour objet de permettre à l'**assuré** de racheter, moyennant une tarification spéciale et sous réserve d'acceptation de l'assureur, les exclusions relatives aux affections disco vertébrales et/ou para vertébrales et aux affections psychiatriques, sans condition d'**hospitalisation**, dont la prise en charge est en principe exclue du contrat.

7.7: PRESTATION INCLUSE: TEST GÉNOMIQUE

Pour tous les assurés touchés par certains cancers du sein*, Cardif finance un test génomique innovant qui permet de détecter le risque de récidive lors de la survenance de cette pathologie. Ce test prescrit par un oncologue peut être partiellement pris en charge par certains organismes. Cardif remboursera les assurés en complément d'une éventuelle prise en charge, dans la limite de 3 000 €. La prescription médicale doit être effectuée durant la période de paiement des cotisations d'assurance.

* hormono-dépendant (RH+ et HER2-) de grade

intermédiaire, avec une taille comprise entre 1 et 5 cm et sans envahissement ganglionnaire.

8. EXISTE-T-IL DES RISQUES QUE LE CONTRAT NE COUVRE PAS ?

Le contrat ne couvre pas tout type de situation. Les conditions d'indemnisation s'appliquent à tout **sinistre** survenu après la date de prise d'effet des garanties, à l'exclusion des cas suivants.

À lire très attentivement.

NE SONT PAS COUVERTS POUR TOUTES LES GARANTIES :

■ **Les préjudices causés par la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré (article L113-1 du code des assurances) ;**

■ **le suicide de l'assuré lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. En cas d'augmentation de la garantie décès, le risque de suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de ce changement au titre du capital augmenté ;**

■ **les tentatives de suicide et les mutilations intentionnelles causées par l'assuré lui-même ;**

■ **les faits de guerre, de guerre civile ou étrangère, de mouvements populaires ou d'émeutes, d'actes de terrorisme en cas de participation active de l'assuré et sauf cas d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel ;**

■ **les accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie). Toutefois, les affections, maladies ou accidents survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion et déclarés par l'assuré lors de son adhésion sont couvertes sauf s'ils ont été spécifiquement exclues des garanties par l'assureur ;**

■ **le fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne, à qui l'assurance profiterait ;**

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

- la participation de l'assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice ;
- les sinistres résultant de l'usage volontaire des substances ou plantes classées comme stupéfiants ;
- les sinistres résultant de l'usage volontaire de médicaments à dose non ordonnée médicalement ;
- les dommages subis par le conducteur lorsque, au moment de l'accident, il était sous l'emprise d'un état alcoolique ou en état d'ivresse constaté en vertu de l'article L. 234-1 du Code de la route ;
- l'accident de la circulation alors que l'assuré conduisait avec un taux d'alcoolémie supérieur à celui autorisé par le Code de la route français.

IL EST PAR AILLEURS FAIT APPLICATION DES EXCLUSIONS SPORTIVES SUIVANTES POUR TOUTES LES GARANTIES :

Les activités mécaniques avec un véhicule motorisé (moteur thermique, électrique ou hybride) comprenant deux roues et plus et ou chenilles sur circuit ou sur route, drift, tout terrain, pratiquées en semi-professionnel, professionnel et amateur :

- Quad, auto, monoplace-grand prix, endurance, karting, rallye, rallycross, fol'car, course de côte/ vitesse, midget, speedcar, dragster, super stock, late model, street stock, dirt track, dirt biking, tractor pulling, course de camions, auto-polo, trial 4x4, trial camion, tourisme, grand tourisme (GT), VHC, stock-car ;
- Moto, trial, trottinette, vitesse moto, endurance moto, enduro, supermotard, motocross, moto verte, freestyle motocross, nascar, formule 1, 2, 3, 4, E, véhicule de production groupe A et N, moto sur glace, speedway, stunt, moto-ball.

Les sports aériens suivants pratiqués en semi-professionnel, professionnel et amateur :

- Parachutisme, ULM, vol à voile, voltige aérienne, course aérienne, tentative de record, autogires, deltaplane, aile delta, parapente, saut à l'élastique, kite surf, skysurfing, wingsuit ;
- Ou l'utilisation des engins aériens ci-après :
 - Motoplaneur, planeur, montgolfière (hors loisirs et vol captif), dirigeable, aérostat,

hélicoptère, avion (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel naviguant des lignes commerciales régulières et de vols charters).

La navigation maritime pratiquée en course en semi-professionnel, professionnel et amateur :

- Bateaux à moteur, bateaux pneumatiques catamaran, hydravion, hors-bord.

La navigation maritime pratiquée à plus de 25 miles des côtes en semi-professionnel, professionnel et amateur :

- Bateau à voile, bateau à moteur avec le permis correspondant.

Les activités nautiques pratiquées en semi-professionnel ou professionnel :

- Canoë, kayak, rafting, scooter des mers, jetski, flyboard, bodyboard, stand up, paddle, aviron, kitesurf, kiteboarding, bateau-dragon, natation, natation synchronisée, water-polo, sauvetage sportif, football subaquatique, hockey subaquatique, rugby subaquatique, tir à la cible subaquatique, lutte subaquatique, aquathlon, ski nautique, kneeboard, wakeboard, wakeskate, wakesurf, skurf, tubing subaquatique, téléski nautique, plongeon, plongée sous-marine, planche à voile.

Les activités nautiques pratiquées en amateur :

- La plongée sous-marine à plus de 16 mètres sans bouteille ;
- bouteille ;
- Kitesurf, kiteboarding.

Les sports de montagne, de neige et de glace suivants :

- Pratique en semi-professionnel, professionnel : Patin à glace, saut à ski, bobsleigh, snowkite, skeleton, descente, hockey, traîneau à chien ;
- Pratique hors des pistes balisées en semi-professionnel, professionnel et amateur : Ski de fond, ski alpin, randonnée à ski, randonnée à pied, randonnée en raquette ou à peau de phoque, tubing sur neige, snowboard, luge, biathlon, skiathlon, monoski ;
- La pratique au-delà de 4000 mètres des sports/activités suivantes : Ski de fond, ski alpin, randonnée à ski, randonnée à pied, randonnée en raquette ou à peau de phoque, tubing sur neige, snowboard, ski-bob, varappe, alpinisme, trekking, trampolining, scrambling, descente en rappel ;

- Pratique en compétition : Luge de course, ski alpin, ski de fond, ski bob ;
- Pratique en semi-professionnel, professionnel et amateur : Escalade sur bloc naturel, falaise ou paroi rocheuse, alpinisme, course d'aventure, ski freestyle, ski acrobatique, ski artistique, free ski, ski héliporté, combiné nordique, kilométrage lancé, cani kart, cani rando, via ferrata.

Les sports équestres suivants pratiqués en semi-professionnel, professionnel et amateur :

- Dressage, spectacle équestre, endurance équestre, gymkhana, épreuve de club de poney, TREC, saut d'obstacles, voltige, attelage, trot attelé, cross, hunter, concours complet d'équitation, team chasing, polo, course de plat, courses d'obstacles, rodéo.

Les sports de balle et de raquette suivants pratiqués en semi-professionnel, professionnel :

- Badminton, baseball, football de plage, beach-volley, billard, bowling, cricket, croquet, golf, handball, hockey, netball, billard américain, snooker, squash, tennis de table, tennis, volleyball, football américain, football australien, basket-ball, football, jai-alai, crosse, rugby à VII, rugby à XIII, rugby à XV, roller hockey.

Les sports de contact suivants pratiqués en semi-professionnel, professionnel et amateur :

- Karaté, judo, kyokushin, taekwondo, jiu-jitsu, kung-fu, krav-maga, boxe, kick-boxing, boxe Thaïlandaise, combat en cage, arts martiaux mixtes (MMA), lutte.

Tous les sports listés ci-dessus sont couverts s'ils sont pratiqués dans le cadre d'une initiation et sous la responsabilité d'un professionnel ou d'une personne qualifiée titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées.

Les sports extrêmes suivants pratiqués en semi-professionnel, professionnel et amateur :

- Canyoning explorateur, spéléologie lorsque cette activité nécessite un équipement spécial (combinaison, baudrier, gant, bottes ou toutes chaussures adaptées) ;
- Zorbing, slackline, highline, rodeoline, waterline, longline, base-jump, wingsuit, speed flying, rafting extrême et canoë extrême, VTT de descente, VTT de compétition, BMX, MTB, luge de rue avec et sans moteur, parkour, free-running, toiturphilie, grimpe urbaine, sand kite,

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

speed sail, caisse à savon, descente en mountainboard, skateboard kite, patinage sur glace raid, chasse avec arme, plongeon d'une falaise, surf sur grosse vague au-delà de 6 mètres, natation en haute-mer.

A la demande expresse de l'assuré, tout ou partie des sports/activités listés ci-dessus peuvent être assurés s'ils sont déclarés à l'adhésion et qu'ils ont fait l'objet d'une étude et d'une éventuelle proposition tarifaire par l'assureur et acceptée par l'assuré.

NE SONT PAS COUVERTES POUR LES GARANTIES PTIA, PTIA ACCIDENTELLE, ITT, INVALIDITÉ, CAPITAL RECONVERSION, ALLOCATION ENFANT MALADE, MALADIE REDOUTÉE, FRAIS GÉNÉRAUX, LES SUITES ET CONSÉQUENCES, DIRECTES OU INDIRECTES SUIVANTES :

■ Les arrêts de travail pour séjour hospitaliers dans les conditions suivantes: les séjours en cures thermales ou marines, de rajeunissement ou d'amaigrissement, maisons de repos, maisons dites de santé, séjours diététiques, cures de désintoxication, de sommeil ou de rééducation.

■ La garantie reste acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à un accident ou une maladie couverte par le contrat.

■ Les grossesses et accouchements ainsi que les fausses couches sauf s'il s'agit de grossesses pathologiques (la période de maternité étant alors déduite de la période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) en plus de la franchise)

■ Les traitements esthétiques ou les interventions chirurgicales esthétiques, leurs suites et/ou conséquences, les complications de leur traitement autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident.

■ Les affections, atteintes et/ou lésions de la colonne vertébrale, dorsale, lombaire, radiculaire et/ou sacré, disques intervertébraux et structures para vertébrales, pincement, protrusion discale, tassement, hernie discale, arthrose, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, dorsalgie, lumbago,

lombalgie, lombo-sacralgie, sciatalgie, sciatique, coccygodynie, cruralgie, la moelle épinière les suites et/ou conséquences des pathologies citées sauf si elles nécessitent une hospitalisation d'au moins 2 jours consécutifs ; Cependant, les affections d'origine tumorale et les fractures d'origine traumatique accidentelle sont couvertes.

■ Les névroses, les psychoses, y compris des troubles anxieux, de la dépression, de l'épuisement physique et/ou psychique dont le burn out (en rapport ou non avec l'activité professionnelle), des troubles de l'adaptation ou comportementaux, du syndrome de fatigue chronique, de leurs suites et/ou conséquences, les complications de leur traitement, sauf s'ils ont nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à 7 jours consécutifs. Les séjours en établissement de repos ou de convalescence sont totalement exclus.

■ Les troubles psychosomatiques, l'encéphalomyélite myalgique, la fibromyalgie (douleur chronique étendue), leurs suites ou conséquences, y compris les complications de leur traitement.

■ La matérialisation de cette condition d'hospitalisation n'entraîne pas une indemnisation rétroactive. L'indemnisation intervient à compter de l'expiration de la franchise "Hospitalisation", décomptée à partir de la date d'hospitalisation, pour autant que l'hospitalisation dure un minimum de 7 jours consécutifs. Si l'hospitalisation intervient après l'expiration de la franchise maladie décomptée à partir de la date d'arrêt de travail, l'indemnisation intervient à compter de la date d'hospitalisation, pour autant qu'elle dure au moins 7 jours consécutifs.

Ces limitations ne sont pas applicables en cas de souscription de l'option Sérénité qui permet le rachat des limitations des atteintes discales et/ou vertébrales ou des affections psychiatriques.

Sont également exclus de la garantie Allocation Enfant Malade, les séjours dans les établissements de convalescence, de repos et de rééducation

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE MALADIE REDOUTÉE:

Ne sont pas couvertes les maladies redoutées résultant de pathologies pré-existantes à l'entrée en vigueur de l'adhésion au contrat, pour lesquels l'assuré est en attente de résultats d'examen ou d'analyses médicales au moment de la souscription.

Ne sont pas couverts, par la garantie Maladie Redoutée:

Pour un cancer:

- les tumeurs qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes, les dysplasies, les cancers in situ ou carcinomes in situ ;
- cancer de la prostate à un stade inférieur à Stade Pronostique II de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer) 8^e Édition ;
- cancer de la thyroïde à un stade inférieur à Stade Pronostique II de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer) 8^e Édition ;
- carcinome baso-cellulaires et ou squamo-cellulaires de la peau, et le dermato-fibrome de Darier-Ferrand ;
- diagnostic établi sur biopsie seule ou sur simple mise en évidence de la cellule tumorale circulante ou de molécules ou de marqueurs associés à une tumeur dans le sang, la salive, les fèces, l'urine ou tout autre fluide corporel en l'absence d'autres preuves définitives et cliniquement vérifiables.

Pour une affection du myocarde:

- l'infarctus du myocarde aigu, les souffrances du muscle cardiaque transitoires ou sans signes d'infarctus aigu ;
- autre syndrome coronarien aigu, comprenant entre autres l'angine de poitrine instable ou syndrome de menace ;
- augmentation des biomarqueurs cardiaques secondaire à un geste interventionnel cardiaque par voie percutanée pour la maladie coronarienne.

LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS DU CONTRAT

Pour un accident vasculaire cérébral sans séquelles durables :

- **accident vasculaire cérébral secondaires à des lésions cérébrales préexistantes à l'adhésion ;**
- **accident ischémique transitoire (AIT) ;**
- **lésion cérébrale ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique ;**
- **hémorragie secondaire à une lésion cérébrale préexistante ;**
- **rupture d'anévrisme cérébral ;**
- **toute anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée par un scanner/IRM sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques ;**
- **diagnostic d'accident vasculaire cérébral suspecté mais non confirmé.**

Pour une sclérose en plaques non confirmée :

- **diagnostic suspecté de sclérose en plaques non confirmé ;**
- **syndrome neurologique isolé suggestif de sclérose en plaques mais dont le diagnostic étiologique est non confirmé.**

9. COMMENT DÉCLARER VOTRE SINISTRE ET QUELLES PIÈCES JUSTIFICATIVES DEVEZ-VOUS FOURNIR ?

9.1 DANS QUEL DÉLAI DEVEZ-VOUS DÉCLARER VOTRE SINISTRE ?

Vous devez déclarer votre **sinistre** dans les 180 jours après la survenance du **sinistre**. Au-delà, la prise en charge du **sinistre** sera effective à compter de la date de la déclaration de **sinistre**

9.2 QUELLES PIÈCES JUSTIFICATIVES DEVEZ-VOUS TRANSMETTRE ?

1. Adresse d'envoi des pièces justificatives

Soit par courrier à l'adresse suivante : Kereis France - Prévoyance Individuelle - CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9, au moins 2 mois avant la date de renouvellement du contrat.

Soit via l'espace client sécurisé sur le site kereis.cardif.fr

2. Pièces justificatives à fournir

Quel que soit votre **sinistre**, vous devez **envoyer systématiquement** :

- le ou les questionnaire(s) médical(aux) à compléter par l'**Assuré** (ou l'ayant-droit de ce dernier) avec la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix ou le médecin ayant constaté le sinistre ;
- L'Assureur se réserve le droit de demander des informations médico-administratives complémentaires : certificat médical, ordonnances de prescriptions, comptes-rendus de consultations et suivis médicaux/paramédicaux, d'interventions chirurgicales, d'hospitalisation, résultats d'examen diagnostiques, expertise médicale, relevés de remboursements de soins, ou toute autre information nécessaire à la mise en jeu des garanties contractuelles.
- le formulaire de recueil de consentement de l'**assuré** relatif au traitement de ses données de santé, complété et signé sauf pour la garantie décès ;
- La copie de la pièce d'identité en cours de validité de l'**assuré**.

En complément, vous devez adresser les pièces justificatives suivant selon le sinistre :

En cas d'**accident**

En plus des documents demandés pour la garantie mise en jeu :

- Un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'**accident** ;
- Les preuves de l'accident telles que : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie.

En cas de Décès

- Un acte de décès de l'**assuré** ;
- Si nécessaire, une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du(des) bénéficiaire(s) et un acte de notoriété ;
- L'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès si le **bénéficiaire** est le partenaire d'un PACS, ou un justificatif de vie commune (facture...) si le **bénéficiaire** est le concubin ;
- Le RIB du(des) **bénéficiaire(s)**.

En cas de PTIA

- La notification de mise en invalidité 3^e catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité ;
- L'attestation médicale fournie par CARDIF à remplir par l'Assuré avec la possibilité de se faire assister par le médecin de son choix ou le médecin ayant constaté la PTIA ;
- Le relevé d'identité bancaire de l'**Adhérent** (si l'assuré souhaite le versement des prestations sur un compte bancaire autre que celui sur lequel les primes sont prélevées).

En cas d'IPT ou d'IPP

- La notification de mise en invalidité 2^e catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité ;
- En cas de **prestation indemnitaire** : Les documents justifiant le **revenu** de référence de l'**assuré** ainsi que les décomptes des prestations assurées par ses régimes d'assurances obligatoires.

En cas d'ITT

- Un certificat d'arrêt de travail établi par le médecin ;
- Un avis de prolongation du médecin le cas échéant ;
- Tout document daté de moins de 3 mois justifiant de l'activité professionnelle à la date de survenance du **sinistre** ;
- En cas de **prestation indemnitaire** : Les documents justifiant le **revenu** de référence de l'**assuré** ainsi que les décomptes des prestations assurées par ses **régimes obligatoires** et ses contrats complémentaires ;
- Le relevé d'identité bancaire de l'**Adhérent** (si l'**assuré** souhaite le versement des prestations sur un compte bancaire autre que celui sur lequel les primes sont prélevées) ;
- Le relevé d'identité bancaire de l'**Assuré**.

En cas de remboursement de Frais Généraux

- 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 de l'**adhérent** ;
- Le relevé d'identité bancaire de l'**adhérent** (si l'**assuré** souhaite le versement des prestations sur un compte bancaire autre que celui sur lequel les primes sont prélevées).

En cas de **Maladie redoutée**

- Un questionnaire médical Maladie Redoutée à compléter par l'**Assuré** avec la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix ;
- Le relevé d'identité du compte bancaire de l'**adhérent** (si l'**assuré** souhaite le versement des prestations sur un compte bancaire autre que celui sur lequel les primes sont prélevées).

En cas de réalisation du Test génomique

- La prescription médicale ;
- La facture acquittée ;
- Un justificatif de prise en charge partielle d'un organisme complémentaire le cas échéant ;
- Le relevé d'identité bancaire de l'**Assuré**.

Rente éducation

- Le relevé d'identité bancaire pour chaque enfant;
- La copie du livret de famille;
- La copie de la pièce d'identité en cours de validité de chaque enfant;
- Un certificat de scolarité/carte étudiante pour le cas où l'enfant poursuit ses études au-delà de 21 ans.

Rente de conjoint

- Le relevé d'identité bancaire du conjoint;
- La copie du livret de famille ou du certificat de PACS ou acte de naissance avec filiation de moins de 3 mois du conjoint survivant;
- La copie de la pièce d'identité en cours de validité du conjoint.

Allocation Enfant malade

- Bulletin de situation délivré par l'hôpital, la clinique ou l'établissement d'*hospitalisation* de jour;
- Le relevé d'identité du compte bancaire de l'Adhérent (si l'assuré souhaite le versement des prestations sur un compte bancaire autre que celui sur lequel les primes sont prélevées);
- Copie du livret de famille;
- Le dernier avis d'imposition disponible.

Par ailleurs, l'*assuré* ayant le statut de *conjoint collaborateur* devra également adresser les documents suivants :

- La copie intégrale de l'acte de naissance avec filiation datant de moins 3 mois;
- Le justificatif de l'exercice d'une activité professionnelle au sein de l'entreprise de l'époux;
- La copie du K-Bis de l'entreprise ;
- La copie de la fiche fiscale délivrée au moment de la déclaration des revenus.

Cardif pourra demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

9.3 QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ?

Sauf circonstances particulières et sous réserve de l'accord exprès ou tacite de Cardif, tout paiement devant être effectué par Cardif interviendra par crédit d'un compte bancaire ouvert à votre nom ou du bénéficiaire désigné dans un État membre de l'*Union européenne*, partie à l'*Espace économique européen* ou membre de l'Espace unique de paiement en euros (SEPA) et sera libellé en euros.

Par conséquent, Cardif pourra légitimement refuser de procéder à tout paiement par crédit d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou libellé dans une devise autre que l'euro.

L'assureur n'accordera aucune garantie ou prestation ni aucun paiement au titre de ce contrat, dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une loi ou règlement des Nations Unies ou de l'*Union européenne* en matière de sanction économique, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

9.4 QUEL EST LE DÉLAI D'INDEMNISATION DE VOTRE SINISTRE ?

En cas de décès : Cardif doit procéder à l'indemnisation de votre *sinistre* dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'intégralité des pièces justificatives.

La vie de votre contrat

10. DANS QUEL PAYS ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties proposées dans le cadre de l'adhésion s'exercent dans le monde entier :

- **Au sein de l'Union européenne** : pour tout séjour à titre personnel ou professionnel sans limitation de durée.
- **Hors de l'Union européenne** : pour tout séjour à l'étranger à titre personnel ou professionnel, dans la limite de 3 mois cumulés maximum par année civile. Au-delà de 3 mois, le rachat de l'exclusion est possible moyennant une tarification spéciale et sous réserve d'acceptation de l'assureur.

Les garanties ne s'exercent pas dans le cadre des séjours dans les pays à risque selon la liste signalée par le Ministère des Affaires Étrangères.

L'indemnisation en ITT démarre au terme de la *franchise* souscrite et au plus tôt à compter du rapatriement en France métropolitaine et constatation d'une ITT.

En cas d'*hospitalisation*, l'indemnisation démarre au terme de la *franchise* souscrite et ne se poursuivra pas au-delà du jour de la sortie de l'hôpital, sauf retour en France métropolitaine et constatation d'une ITT.

11. VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE MODIFIÉ ?

Vous pouvez modifier votre contrat en cours de vie en vous rendant sur votre espace client sécurisé à l'adresse kereis.cardiff.fr

Les modifications pourront porter sur :

- L'ajout et la suppression de garanties complémentaires ;
- L'augmentation des niveaux de couverture (sur présentation de justificatifs et sous réserve de l'accord de l'assureur). Cette augmentation est possible à chaque échéance annuelle et doit être demandée à l'assureur au moins 30 jours avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. L'*adhérent* et l'*assuré* devront à cette date satisfaire aux conditions d'adhésion au contrat et l'*assuré* devra le cas échéant se soumettre à de nouvelles formalités d'adhésion ;
- L'augmentation du capital Décès/PTIA toutes causes, en cas de survenance d'un mariage,

d'un divorce ou de la naissance d'un enfant (sur présentation de justificatifs). Une telle augmentation n'est possible qu'une seule fois au titre de l'adhésion ; elle doit être demandée dans les 6 mois de la date de l'évènement et prendra effet à la date d'échéance annuelle qui suit la demande. Cette augmentation est obligatoirement égale à 100 % du capital couvert lors de l'adhésion ;

- L'augmentation du montant de l'*Indemnité Journalière*. Un nouveau délai de carence s'appliquera uniquement sur le montant supplémentaire d'*Indemnité Journalière* ;
- La diminution du niveau de couverture ;
- Le changement de clause bénéficiaire dans le cadre des garanties Décès/PTIA ;
- Les prestations proposées dans le cadre de la garantie Décès/PTIA ;
- La modification de la situation personnelle (mariage, PACS, divorce, veuvage, évolution du nombre d'enfants...).

Si la modification des garanties entraîne un changement de catégorie de formalités médicales et/ou financières, la modification du contrat sera soumise à la réalisation de nouvelles formalités médicales et/ou financières.

Les garanties optionnelles *Maladie Redoutée* et Capital reconversion ne sont pas modifiables à la hausse en cours de vie du contrat.

12. QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE COTISATION D'ASSURANCE ?

12.1 QUEL EST LE COÛT DE VOTRE ASSURANCE ?

La cotisation de l'*assuré* est déterminée en fonction :

- de son âge à l'adhésion (calculé par différence de millésime),
- de son activité professionnelle (CSP),
- de son lieu de résidence,
- de son statut de fumeur ou non,
- de son statut de *créateur* / *repreneur* ou non,
- du nombre de salariés employés
- des options de garantie souscrites,
- et des niveaux de garantie souscrits.

Une réduction spéciale *créateur* / *repreneur* d'entreprise, de 10 %, est accordée les 5 premières années de l'adhésion.

12.2 COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, trimestriellement ou annuellement, selon la périodicité choisie lors de l'adhésion.

En cas de résiliation d'une garantie en cours de mois, de trimestre ou d'année, la prime sera remboursée *pro rata temporis*.

Les paiements par l'*adhérent* doivent intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'*adhérent* dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'*Espace économique européen* ou membre de l'Espace unique de paiement en euros (SEPA) et être libellés en euros à l'ordre de Cardiff.

Tout paiement provenant d'un compte ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou dans une devise autre que l'euro pourra être refusé par Cardiff.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il vous est adressé une lettre recommandée vous invitant à vous acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son envoi, la cotisation ou fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard le contrat sera résilié (article L.113-3 du Code des assurances).

En cas de contestation du mode de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation, telle que prévue par la réglementation bancaire européenne, vous disposez d'un délai de 2 jours ouvrés à compter de cette contestation pour le remplacer par un tout autre mode de paiement. À défaut, seront appliquées les mêmes règles que celles de l'article L.113-3 du Code des assurances décrites ci-dessus.

12.3 VOTRE COTISATION D'ASSURANCE PEUT-ELLE CHANGER ?

Le montant de la cotisation est fonction des garanties choisies, de votre âge, de votre état de santé et du niveau de couverture souscrit. Par conséquent, toute modification de ces paramètres peut entraîner une modification de la cotisation.

En outre, la cotisation évolue chaque année en fonction de votre âge et son montant sera communiqué dans le courrier annuel.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Cardif peut modifier le montant des cotisations:

- à la date de renouvellement de votre adhésion. Nous vous adresserons le nouveau montant des cotisations trois mois avant la date de renouvellement de votre contrat. Vous pourrez refuser cette modification dans le mois suivant cette notification en résiliant votre adhésion par simple lettre ou par email/sur votre espace client sécurisé à l'adresse kereis.cardif.fr. À défaut, nous considérerons que vous l'avez acceptée;
- à la prochaine échéance de cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans le barème des cotisations.

Les informations générales

13 RÉGLEMENTATION ET FISCALITÉ DE VOTRE CONTRAT (CONCERNE UNIQUEMENT LES ADHÉRENTS À LA CONVENTION N° 2832)

Principales caractéristiques en vigueur au 01/01/2025 en [France](#).

13.1 QUI PEUT BÉNÉFICIER DE LA FISCALITÉ LOI MADELIN ?

- Tous les professionnels indépendants exerçants, à titre individuel ou en qualité d'associé d'une société de personnes relevant de l'impôt sur le revenu (IR), une activité commerciale, artisanale ou libérale, dont les revenus sont imposés dans la catégorie des bénéfices industriels ou commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC) dans le cadre de l'impôt sur le revenu (IR);
- L'associé unique d'EURL ou l'EURL n'ayant pas opté pour l'impôt sur les sociétés (IS);
- Les dirigeants qui relèvent du régime de Sécurité sociale des [Travailleurs Non-Salariés](#) Non Agricoles et qui perçoivent un revenu imposable au titre de l'article 62 du Code général des impôts. Il s'agit des gérants majoritaires de SARL, des gérants des sociétés en commandites par actions des associés de sociétés de personnes, des sociétés en participation ou de fait, des EURL, des EARL ainsi que des EURL, lorsque ces sociétés, exploitations et entrepreneurs individuels sont soumis à l'impôt sur les sociétés (IS);
- Le [conjoint collaborateur](#) non rémunéré et affilié au [Régime obligatoire](#) d'assurance vieillesse des [Travailleurs Non-Salariés](#) Non Agricoles. Il peut néanmoins exercer une autre activité salariée dans une autre entreprise à condition que celle-ci l'occupe au plus à mi-temps.

13.2 QUELLES SONT LES CONDITIONS DE DÉDUCTIBILITÉ DES COTISATIONS ?

Pour bénéficier des dispositions spéciales de la fiscalité « Loi Madelin », l'[adhérent](#) devra répondre aux conditions prévues à l'article 13.1 de cette notice et justifier chaque année qu'il est à jour dans le paiement des cotisations

dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées. À défaut, l'[adhérent](#) ne peut bénéficier des dispositions fiscales de la « loi Madelin » (article 2 du décret N° 94-775 du 05/09/1994).

13.3 QUELLES SONT LES COTISATIONS DÉDUCTIBLES ?

Les cotisations versées par l'[adhérent](#) pour la couverture des risques décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente partielle au titre du contrat Cardif Libertés Pro, sont fiscalement déductibles de son revenu imposable dans les limites fixées à l'article 154 bis du Code Général des Impôts. Les limites ci-dessus s'apprécient en tenant compte des cotisations dues tant par l'exploitant que, le cas échéant, par le [conjoint collaborateur](#).

Ne sont pas éligibles à la déduction fiscale « loi Madelin » :

- Les cotisations Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie relative aux prestations versées sous forme de capital;
- La part de cotisation des garanties Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie afférente aux dividendes;
- La cotisation relative aux garanties et options suivantes: [Maladie redoutée](#), Frais Généraux, Allocation enfants malades, Capital reconversion;
- La part de la cotisation Invalidité liée au Capital Invalidité.

Les cotisations au contrat Cardif Libertés Pro constituent une charge déductible du bénéfice imposable pour les personnes soumises à un régime réel d'imposition. Elles doivent présenter un caractère régulier dans leur montant et leur périodicité. En revanche, pour les personnes soumises au régime des micro-BIC et des micro-BNC, l'abattement forfaitaire est réputé tenir compte de toutes les charges obligatoires et facultatives.

13.4 QUELLE EST LA FISCALITÉ DES PRESTATIONS ?

Les prestations versées qui revêtent au point de vue fiscal le caractère de revenus de remplacement ([indemnités journalières](#) en cas d'ITT, rentes d'invalidité en cas d'IPP ou d'IPT, rente en cas de décès), sont prises en compte pour la détermination du revenu imposable de leur bénéficiaire. Elles sont imposées selon le cas dans la catégorie des BIC, des BNC, ou au titre de l'article 62 du Code général des impôts si l'activité professionnelle se poursuit ou dans celle des pensions et rentes viagères en cas de cession ou de cessation de l'activité. Les indemnités doivent être rattachées à l'exercice au cours duquel les prestations sont acquises conformément au droit commun. Ces prestations sont également soumises, lors de leur versement, à la CSG et à la CRDS.

14 QUI CONTACTER EN CAS DE RÉCLAMATION ?

Pour toute réclamation :

À réception de votre réclamation ou de celle de vos ayants-droit, l'assureur s'engage à en accuser réception dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. La réponse à votre réclamation sera apportée dans les meilleurs délais et au plus tard, dans les deux mois de sa réception. Le cas échéant, si des circonstances particulières justifient d'un délai de traitement plus long, vous en serez dûment informé.

1^{er} niveau :

L'[assuré](#) peut contacter le [gestionnaire](#) à l'adresse suivante :

Kereis France - Prévoyance Individuelle Réclamations
CS 20008 – 44967 Cedex 9

2^e niveau :

En cas de désaccord sur la réponse donnée au 1^{er} niveau, l'[assuré](#) a la possibilité de s'adresser par courrier :
Au Service Expert réclamations à l'adresse suivante :

>>>

LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

CARDIF Assurance Vie
Service Expert réclamations
Prévoyance SH 123
8, rue du Port
92728 Nanterre CEDEX

En cas de désaccord persistant

3^e niveau :

En cas de désaccord persistant sur la réponse donnée au 2^e niveau ou si l'**assuré** n'a pas obtenu de réponse dans les 2 mois l'**assuré** ou ses ayants-droit peuvent solliciter l'intervention du Médiateur de l'Assurance :

En ligne via le formulaire de contact dédié :
www.mediation-assurance.org

Par courrier à l'adresse suivante :

Le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

Le Médiateur de l'Assurance est une personne extérieure et indépendante de Cardif. La sollicitation du Médiateur de l'Assurance est le dernier recours amiable avant d'entreprendre une démarche judiciaire.

La procédure est écrite, gratuite, et confidentielle.

La Charte de la Médiation ainsi que les conditions d'accès au Médiateur sont disponibles sur le site internet de l'association La Médiation de l'Assurance (www.mediation-assurance.org).

Les dispositions de la présente section, relative au processus pour effectuer une réclamation, s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales que vous pouvez exercer à tout instant.

15 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent/souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

Conformément à l'article L. 192-1 du Code des assurances, « si le souscripteur/l'adhérent a sa résidence principale dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle, le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à 5 ans en matière d'assurance vie ».

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-2 du Code des assurances, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2244 du Code civil :

- « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription » ;
- « La demande en justice, même en référé, interromp le délai de prescription (...) » ;
- « Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure » ;
- « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance » et cette interruption « est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée » ;
- « Le délai de prescription (...) est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée » ;

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-3 du Code des assurances, « par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même

d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Conformément aux dispositions des articles 2233 à 2239 du Code civil :

- « La prescription ne court pas : à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ; à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ; à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé ;
- La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure ;
- Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts ;
- Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité ;
- Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession ;
- La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois ;
- La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. »

LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

16 GÉNÉRALITÉS

La langue utilisée pendant la durée de votre adhésion est le français. Les relations précontractuelles et le contrat « Cardiff Libertés Pro » sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

17 PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de la relation d'assurance, l'*assureur*, en tant que responsable de traitement, est amené à recueillir auprès de l'*adhérent* des données à caractère personnel protégées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et par le Règlement (UE) général sur la protection des données n° 2016-679.

Les données à caractère personnel qui sont demandées par l'*assureur* sont obligatoires. Si des données à caractère personnel demandées sont facultatives, cela sera précisé au moment de leur collecte.

Les données à caractère personnel collectées par l'*assureur* lui sont nécessaires :

a. Pour se conformer à ses différentes obligations légales ou réglementaires

L'*assureur* utilise les données à caractère personnel de l'*adhérent* pour se conformer aux réglementations en vigueur afin de :

- contrôler les opérations et identifier celles qui sont anormales/inhabituelles;
- gérer, prévenir et détecter les fraudes;
- surveiller et déclarer les risques (de nature financière, de crédit, de nature juridique, de conformité ou liés à la réputation, de défaillance, etc.) auxquels l'*assureur* et/ou le Groupe BNP Paribas est/sont susceptible(s) d'être confronté(s);
- enregistrer, si nécessaire, les conversations téléphoniques, les discussions via messagerie instantanée, les courriers électroniques, etc. nonobstant toute autre utilisation décrite ci-dessous;
- prévenir et détecter le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et se conformer à toute réglementation en matière de sanctions internationales et d'embargos dans le cadre de la procédure de connais-

sance des clients (KYC) (pour identifier l'*adhérent*, vérifier son identité, vérifier les informations le concernant par rapport aux listes de sanctions et déterminer son profil);

- détecter et gérer les demandes et les opérations suspectes;
- procéder à une évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des produits d'assurance proposés conformément aux réglementations sur la distribution des produits d'assurance;
- contribuer à la lutte contre la fraude fiscale et satisfaire ses obligations de notification et de contrôle fiscal;
- enregistrer les opérations à des fins comptables;
- prévenir, détecter et déclarer les risques liés à la Responsabilité Sociale de l'Entreprise et au développement durable;
- détecter et prévenir la corruption;
- échanger et signaler différentes opérations, transactions ou demandes ou répondre à une demande officielle émanant d'une autorité judiciaire, pénale, administrative, fiscale ou financière locale ou étrangère dûment autorisée, un arbitre ou un médiateur, des autorités chargées de l'application de la loi, d'organes gouvernementaux ou d'organismes publics.

b. Pour exécuter tout contrat auquel l'*adhérent* est partie ou pour exécuter des mesures précontractuelles prises à sa demande

L'*assureur* utilise les données à caractère personnel de l'*adhérent* pour conclure et exécuter ses contrats ainsi que pour gérer sa relation avec l'*adhérent*, notamment afin de :

- définir le score de risque d'assurance de l'*adhérent* et déterminer une tarification associée;
- évaluer si l'*assureur* peut proposer à l'*adhérent* un produit ou un service et à quelles conditions (y compris le prix);
- assister l'*adhérent* en particulier en répondant à ses demandes;
- fournir à l'*adhérent* ou aux clients professionnels des produits et des services;
- gérer et traiter les incidents de paiement et les impayés (identification des clients en situation d'impayé et le cas échéant, exclusion de ceux-ci du bénéfice de nouveaux produits ou services).

c. Pour servir ses intérêts légitimes

L'*assureur* utilise les données à caractère personnel de l'*adhérent*, y compris les données relatives à ses opérations, aux fins suivantes :

■ gestion des risques :

- conserver la preuve du paiement de la prime ou de la cotisation d'assurance, y compris sous format électronique;
- gérer, prévenir et détecter les fraudes;
- contrôler les opérations et identifier celles qui sont anormales/inhabituelles;
- procéder à un recouvrement;
- faire valoir des droits en justice et se défendre dans le cadre de litiges;
- développer des modèles statistiques individuels afin d'améliorer la gestion des risques ou afin d'améliorer les produits et services existants ou d'en créer de nouveaux;

■ personnalisation de l'offre de l'*assureur* ainsi que de celle des autres entités du Groupe BNP Paribas envers l'*adhérent* pour :

- améliorer la qualité des produits ou services;
 - promouvoir des produits ou services correspondant à la situation et au profil de l'*adhérent*;
 - déduire les préférences et les besoins de l'*adhérent* pour lui présenter une offre commerciale personnalisée;
- Cette personnalisation peut être obtenue grâce à :

- la segmentation des prospects et clients de l'*assureur*;
- l'analyse des habitudes et préférences de l'*adhérent* sur les divers canaux de communication proposés par l'*assureur* (courriers électroniques ou messages, visites sur les sites Internet, etc.);
- le partage des données de l'*adhérent* avec une autre entité du Groupe BNP Paribas, en particulier si l'*adhérent* est client de cette autre entité ou est susceptible de le devenir, principalement afin d'accélérer le processus de mise en relation;
- la correspondance entre les produits ou services dont l'*adhérent* bénéficie déjà avec les données le concernant que l'*assureur* détient (par exemple, l'*assureur* peut identifier le besoin de l'*adhérent* de souscrire un produit d'assurance de protection familiale car ce dernier a indiqué avoir des enfants);
- l'analyse des traits de caractère ou des comportements chez les clients actuels et la recherche d'autres personnes qui partagent les mêmes caractéristiques à des fins de prospection.

■ activités de recherche et de développement (R&D) consistant à élaborer des statistiques et des modèles pour :

- optimiser et automatiser les processus opérationnels (par exemple la création d'un chatbot pour les FAQ);

LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

- proposer des produits et services permettant de répondre au mieux aux besoins de l'**adhérent**;
 - adapter la distribution, le contenu et les tarifs des produits et services de l'**assureur** sur la base du profil de l'**adhérent**;
 - créer de nouvelles offres;
 - prévenir les incidents de sécurité potentiels, améliorer l'authentification des clients et gérer les accès;
 - améliorer la gestion de la sécurité;
 - améliorer la gestion du risque et de la conformité;
 - améliorer la gestion, la prévention et la détection des fraudes;
 - améliorer la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- objectifs de sécurité et de gestion des performances des systèmes informatiques, et notamment :
- gérer les technologies de l'information, y compris l'infrastructure (par exemple les plates-formes partagées), la continuité de l'activité et la sécurité (par exemple l'authentification des internautes);
 - prévenir les dommages causés aux personnes et aux biens (par exemple la protection vidéo).
- plus généralement :
- informer l'**adhérent** au sujet des produits et services de l'**assureur**;
 - réaliser des opérations financières telles que les ventes de portefeuilles de créances, les titrisations, le financement ou le refinancement du Groupe BNP Paribas;
 - organiser des jeux concours, loteries et autres opérations promotionnelles;
 - réaliser des enquêtes d'opinion et de satisfaction;
 - améliorer l'efficacité des processus (formation du personnel de l'**assureur** en enregistrant les conversations téléphoniques dans les centres d'appels et améliorer les scénarios d'appel);
 - améliorer l'automatisation des processus notamment en testant des applications, en traitant les réclamations de manière automatique, etc.

Dans tous les cas, l'intérêt légitime de l'**assureur** reste proportionné et il s'assure, grâce à un test de mise en balance, que les intérêts ou droits fondamentaux de l'**adhérent** sont préservés.

Les données à caractère personnel de l'**adhérent** peuvent être regroupées au sein de statistiques anonymes qui peuvent être fournies à des entités du Groupe BNP Paribas pour les aider dans le développement de leur activité.

L'**adhérent** dispose des droits suivants :

- **droit d'accès** : l'**adhérent** peut obtenir les informations concernant le traitement de ses données à caractère personnel, et une copie de celles-ci;
- **droit de rectification** : s'il considère que ses données à caractère personnel sont inexactes ou incomplètes, l'**adhérent** peut demander qu'elles soient modifiées en conséquence;
- **droit à l'effacement** : l'**adhérent** peut demander la suppression de ses données à caractère personnel, dans la limite autorisée par la loi;
- **droit à la limitation** : l'**adhérent** peut demander la limitation du traitement de ses données à caractère personnel;
- **droit d'opposition** : l'**adhérent** peut s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel, pour des raisons tenant à sa situation particulière. L'**adhérent** bénéficie par ailleurs d'un droit d'opposition absolu concernant les traitements de ses données à caractère personnel aux fins de prospection commerciale, et y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection;
- **droit de retirer son consentement** : lorsque l'**adhérent** a donné son consentement pour le traitement de ses données à caractère personnel, il a le droit de retirer son consentement à tout moment;
- **droit à la portabilité des données** : lorsque la loi l'autorise, l'**adhérent** peut demander la restitution des données à caractère personnel qu'il a fournies à l'**assureur**, ou lorsque cela est techniquement possible, le transfert de celles-ci à un tiers;
- **droit de définir des directives** relatives à la conservation, l'effacement ou la communication des données à caractère personnel de l'**adhérent**, applicables après son décès.

Pour exercer l'un des droits listés ci-dessus, l'**adhérent** doit adresser un courrier postal ou électronique à l'adresse suivante :
BNP PARIBAS CARDIF - DPO
8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex- France
ou
data.protection@cardif.com

L'**adhérent** doit accompagner sa demande d'une photocopie/scan de sa pièce d'identité, lorsque cela est nécessaire, afin que l'**assureur** puisse avoir une preuve de son identité.

Si l'**adhérent** souhaite avoir plus d'informations sur le traitement de ses données à caractère personnel par l'**assureur**, il peut consulter la Notice d'information relative à la protection des données disponible directe-

ment à l'adresse suivante : <https://www.cardif.fr/notice-protection-des-donnees>

Cette Notice contient l'ensemble des informations relatives aux traitements des données à caractère personnel que l'**assureur**, en tant que responsable du traitement, doit fournir à l'**adhérent**, en ce compris les catégories de données à caractère personnel traitées, leur durée de conservation ainsi que les destinataires éventuels des données à caractère personnel.

18 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX, LE FINANCEMENT DU TERRORISME - RESPECT DES SANCTIONS INTERNATIONALES

Cardif est assujetti à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme, le gel des avoirs et la lutte contre la corruption. Ces obligations doivent être mises en œuvre avant la conclusion de l'adhésion et tout au long de la vie de l'adhésion. Cela se traduit par l'obligation :

- d'identifier l'**adhérent**, le **bénéficiaire** effectif, l'**assuré** au contrat;
- de pratiquer un examen attentif des opérations effectuées au titre du contrat.

Pour satisfaire à ces obligations, Cardif peut recueillir tous éléments d'information pertinents ainsi que, le cas échéant, des pièces justificatives. L'**adhérent** s'engage à fournir toutes les informations et pièces justificatives demandées. Si Cardif n'obtient pas les informations et pièces nécessaires, elle a l'obligation de ne pas conclure l'adhésion. Par ailleurs, il est précisé que Cardif n'accepte aucune opération en espèces.

Sanctions internationales

En tant que filiale du Groupe BNP PARIBAS, Cardif respecte toutes sanctions économiques et commerciales ou mesures restrictives (interdictions et restrictions au commerce de biens, de technologies ou de services ciblés avec certains pays, mesures de gel des fonds et ressources économiques, restrictions à l'accès aux services financiers) décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'**Union européenne**, le département américain du Trésor chargé du contrôle des avoirs étrangers (U.S. Department of the Treasury's Office of Foreign Assets Control - OFAC), le Département d'État

LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

américain (U.S. Department of State), ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions.

19 INSCRIPTION SUR LA LISTE D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE

L'*adhérent* peut s'inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr (article L.223-1 du Code de la consommation). Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel, ou tout intermédiaire agissant pour son compte, de le démarcher par téléphone, sauf si cette sollicitation intervient dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et qu'elle a un rapport avec l'objet de ce contrat.

20 CONVENTION DE PREUVE

■ Vous êtes responsable de la conservation et de l'utilisation de vos Codes de reconnaissance qui vous ont été attribués, afin de conclure votre souscription au contrat, sur votre espace client sécurisé sur le site kereis.cardif.fr. Ces Codes de reconnaissance sont strictement personnels et confidentiels. Vous vous engagez à les tenir secret et à prendre toutes les mesures propres à en assurer la confidentialité. Vous ne devez en aucun cas les communiquer à un tiers, y compris à un proche, que ce soit par oral, par écrit, par mail ou en remplissant un formulaire. La saisie de vos Codes de reconnaissance vaut identification. Vous acceptez que toute opération réalisée en utilisant vos Codes de reconnaissance sera réputée avoir été réalisée par vous, et que vous ne pourrez en aucun cas prétendre que vous n'en êtes pas l'auteur.

■ La signature électronique proposée sur l'outil d'enregistrement des souscriptions est un procédé technologique d'identification qui crée un lien indissociable entre le document signé et la signature.

■ Vous reconnaissez expressément la fiabilité du procédé de signature électronique proposée sur l'outil d'enregistrement des souscriptions et vous acceptez que la signature du contrat au moyen de cette signature électronique manifeste votre consentement aux droits et obligations qui en découlent, au même titre qu'une signature manuscrite.

■ L'ensemble des documents contractuels vous sont remis par courriel sur l'adresse électronique que vous avez communiqué au préalable. Vous reconnaissez expressément que le courriel revêt la qualité de support durable au sens de la réglementation.

■ Les documents signés électroniquement sont transmis à un tiers archiveur pour leur conservation dans un « coffre-fort électronique ». Le tiers archiveur garantit l'intégrité des documents lors de leur conservation. Cardif apporte la preuve des opérations effectuées sur l'outil d'enregistrement des souscriptions par l'intermédiaire des documents signés conservés par le tiers archiveur.

21 CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE

L'organisme chargé du contrôle de Cardif Assurances Risques Divers et de Cardif Assurance Vie en tant qu'entreprises d'assurance est l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** – 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Cardif Libertés
Pro

Notice relative aux prestations d'Assistance

Sommaire

1. ÉVÈNEMENTS GARANTIS	P.34
2. RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE.....	P.34
3. VALIDITÉ DE LA CONVENTION	P.40
4. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES	P.40
5. PRESTATIONS	P.42
6. RESPONSABILITÉ.....	P.50
7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	P.50
8. PRESCRIPTION.....	P.51
9. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS	P.52
10. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE.....	P.52
11. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	P.52
12. AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	P.53
13. LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE	P.53
14. DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ.....	P.53

Besoin d'assistance ?

■ Contactez-nous :

- En France métropolitaine au **01 44 85 49 58**,
- À l'Étranger au **+33 1 44 85 49 58**,
accessible 24 h/24 et 7j/7
sauf mention contraire dans la convention
Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24 h/24)

■ Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit : 922706
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par **CARDIF ASSURANCE VIE** auprès de :

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €
519 490 080 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** »

ÉVÉNEMENTS GARANTIS

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

1-Événements garantis

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

- Les prestations décrites à l'article 5.1.A « Infos conseils réseaux de services à Domicile » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations « Livraison en urgence de médicaments », « Livraison et mise à disposition du matériel médical » et « Téléassistance ponctuelle à Domicile » à l'article 5.2.1.A « Enveloppe de services » seront délivrées en cas d'Hospitalisation et/ ou d'Immobilisation du Bénéficiaire.
- Pour bénéficier des prestations « Apprentissage des gestes d'accompagnement du Béné-

ficiaire » et « Assistance à l'aménagement du Domicile » à l'article 5.2.1.A « Enveloppe de services » il faut une entrée en Dépendance d'un Membre de la famille.

- La prestation « Formation de l'aidant » décrite à l'article 5.2.1.A « Enveloppe de services » est délivrée lorsque le Bénéficiaire fait appel à un Aidant.
- Les prestations « Prestations bien-être », « Livraison en urgence de médicaments », « Livraison et mise à disposition de matériel médical » et « téléassistance ponctuelle à domicile » de l'article 5.2.1.A « Enveloppe de services » sont délivrées en cas de PTIA, Invalidité et Arrêt de travail.
- Les prestations décrites aux articles 5.2.1.B « Accompagnement psychologique » et

5.2.1.C « Assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel » sont délivrées lorsque, suite à un [Accident](#) de la vie, le Bénéficiaire est Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile.

- Les prestations décrites aux articles 5.2.3.B « Formation de l'Aidant » et 5.2.3.C « Assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel » sont délivrées en cas de survenance d'une Incapacité ou d'une Invalidité du Bénéficiaire.
- Les prestations décrites à l'article 5.4 « Assistance Voyage » sont délivrées en cas de survenance d'un des événements suivants :
 - [Accident](#) corporel,
 - Maladie,
 - Décès.

2-Résumé des prestations et prises en charge

■ DÈS L'ADHÉSION

INFORMATIONS – CONSEIL – RÉSEAUX DE SERVICES À DOMICILE – STAV142

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

>>>

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

■ AU MOMENT DU SINISTRE

PRESTATIONS COMMUNES EN CAS DE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE- INVALIDITÉ-ARRÊT DE TRAVAIL

ENVELOPPE DE SERVICE DE 1000 €

1.	Transport (taxi ou billet transport en commun)
2.	Aide à Domicile : <i>Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, aide-ménagère</i>
3.	Préparation du retour au Domicile
4.	Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire
5.	Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche
6.	Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans
7.	Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans
8.	Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge
9.	Portage des repas
10.	Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent
11.	Fermeture du Domicile quitté en urgence
12.	Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)
13.	Livraison de courses
14.	Prestations bien-être : coiffure et esthétique
15.	Livraison en urgence de médicaments
16.	Livraison et mise à disposition de matériel médical
17.	Téléassistance ponctuelle à domicile
18.	Apprentissage des gestes d'accompagnement du bénéficiaire
19.	Assistance aux devoirs
20.	Assistance pédagogique de l'enfant (en cas d'absence)
21.	Formation de l'aidant
22.	Assistance à l'aménagement du Domicile

Les prestations 14,15,16 et 17 seront proposées uniquement pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité et Arrêt de travail.

PRESTATIONS HORS ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE - INVALIDITÉ - ARRÊT DE TRAVAIL

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
Accompagnement psychologique	3 entretiens par téléphone et/ou 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80 € TTC maximum par consultation.	Prestation limitée à une durée maximum de 3 mois.

>>>

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA RÉINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Bilan personnel et professionnel	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	Les prestations sont limitées à une durée maximum de 12 mois.
Aide au retour à l'emploi pour le Bénéficiaire assuré ou	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	
Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle pour le Bénéficiaire assuré	Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance Et 10 heures maximum de consultation auprès d'un cabinet Prestataire organisée par Mondial Assistance	
Entretiens de suivi et de coaching	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	

EN CAS DE DÉCÈS (HORS ENVELOPPE)

FORMALITÉS APRÈS OBSÈQUES		
Accompagnement personnalisé d'un Membre de la famille ou Service d'informations juridiques, administratives	Frais réels	Limité à 3 mois maximum. Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant les obsèques. La prestation « Service d'informations » est rendue exclusivement par téléphone.

ASSISTANCE PENSION DE RÉVERSION		
Assistance pour l'obtention de réversion et estimation	1 simulation au maximum	La prestation doit être utilisée dans les 3 mois suivant les obsèques.

EN CAS PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE / INVALIDITÉ (HORS ENVELOPPE)

COMPLÈMENT EN CAS DE SÉQUELLES HANDICAPANTES		
Accompagnement social	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Bilan de vie et plan d'aide sont réalisés une seule fois par événement garanti.
Assistance à l'aménagement du Domicile	Illimité	L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par événement garanti. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.
Téléassistance permanente au Domicile	Mise en relation sans prise en charge donnant droit à un tarif préférentiel	Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire.
Visites de maisons d'accueil	60 € TTC maximum par visite i.e. un transport comprenant un Aller et un Retour	Limité à 3 visites d'établissements par événement garanti.
Aides aux démarches administratives pour le déménagement	Illimitée	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Aide au déménagement	Mise en relation sans prise en charge avec un déménageur ou un loueur de véhicules utilitaires	Le coût des éventuels déménagement ou location de véhicule reste à la charge du Bénéficiaire.
Présence d'un Proche pour l'installation en établissement spécialisé	- Transport aller/retour : frais réels; - Hébergement : 60 € TTC par nuit dans la limite de 2 nuits.	Prestation mise en place une seule fois par événement garanti.

>>>

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

FORMATION DE L' Aidant DU Bénéficiaire		
Préparation au rôle d'Aidant	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	La prestation rendue par téléphone exclusivement doit être activée dans les 3 mois suivant la survenance de l'Incapacité ou l'Invalidité du Bénéficiaire.
Orientation vers les groupes de parole	Mise en relation sans prise en charge	
Apprentissage des gestes d'accompagnement du Bénéficiaire	3 heures de formation à domicile + frais de déplacement du formateur	La prestation doit être activée dans les 3 mois suivant la survenance de l'Incapacité ou l'Invalidité du Bénéficiaire.

ASSISTANCE A L'INSERTION OU A LA RÉINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Bilan personnel et professionnel	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Les prestations doivent être activées dans les 24 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour Incapacité ou Invalidité. Les prestations sont limitées à une durée maximum de 12 mois.
Aide au retour à l'emploi ou Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	
	Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance Et 10 heures maximum de consultation auprès d'un cabinet Prestataire organisée par Mondial Assistance	
Entretiens de suivi et de coaching	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	

>>>

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

■ ASSISTANCE VOYAGE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE		
Rapatriement ou transport sanitaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance
Transfert d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	
Frais médicaux d'urgence à l'étranger	- Remboursement des frais restant à la charge du Bénéficiaire (hors frais dentaires): 6100 € TTC - Remboursement des frais dentaires d'urgence: 45 € TTC - Avance des frais d'hospitalisation: 6100 € TTC	Une franchise de 15 € s'applique au remboursement des frais médicaux et dentaires. Les limites suivantes, s'entendent par Bénéficiaire et par période annuelle garantie.
Frais de recherche et de secours	230 € TTC maximum par personne et par Accident corporel	
Prolongation du séjour du Bénéficiaire	50 € TTC par nuit et par personne dans la limite de 10 nuits	
Soutien au Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place: - Prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du Bénéficiaire Ou - Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire	- Coût du Transport retour - Frais d'hébergement: 50 € TTC par nuit dans la limite de 10 nuits.	
	- Coût du Transport aller/retour - Frais d'hébergement: 50 € TTC par nuit dans la limite de 10 nuits.	La durée prévisible de l'hospitalisation ou de l'immobilisation sur place du Bénéficiaire est de 7 jours au moins.
Retour au Domicile du Bénéficiaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	

COMPLÉMENT EN CAS DE DÉCÈS		
Transport de corps et frais funéraires	- Coût du Transport du corps organisé par Mondial Assistance	
Transfert d'un Proche sur le lieu du décès	- Coût du Transport aller/retour - Frais d'hébergement: 50 € TTC par nuit dans la limite de 10 nuits.	

>>>

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
COMPLÉMENT POUR LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BÉNÉFICIAIRE		
Retour au Domicile des Membres de la famille restés sur place	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	L'indisponibilité du Bénéficiaire empêche le retour dans les conditions initialement prévues. Membres de la famille résidant en France.
Retour au Domicile des Passagers	Coût du Transport organisé par Mondial Assistance.	L'indisponibilité du Bénéficiaire empêche le retour dans les conditions initialement prévues des Passagers voyageant dans le Véhicule.
Acheminement d'un Proche ou d'un Chauffeur pour ramener le Véhicule	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Passagers résidant en France. Prestations limitées au nombre de places indiquées sur le certificat d'immatriculation du Véhicule.
Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur pour le retour au Domicile des personnes restées sur place handicapés ou de moins de 15 ans	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	
Retour au Domicile des Animaux de compagnie	Coût du Transport organisé par Mondial Assistance, hors frais de cage.	

■ PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Accompagnement personnalisé : - <i>Bilan personnel et professionnel</i> - <i>Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi</i> ou - <i>Accompagnement à la création ou la reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle</i> - <i>Entretiens de suivi</i>	Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance.	Prestations limitées à une durée maximum de 12 mois.

>>>

3-Validité de la convention

VALIDITÉ TERRITORIALE

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidée.

Sauf pour les prestations « ASSISTANCE VOYAGE » qui sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au

cours de déplacements privés n'excédant pas 90 (quatre-vingt-dix) jours consécutifs dans le monde entier **à l'exception des Pays non couverts**.

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité de l'adhésion au

contrat Cardif Libertés Pro et de l'accord liant Cardif Assurance Vie et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations. En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du Bénéficiaire, les prestations d'assistance sont délivrées postérieurement à cette durée de validité de l'adhésion.

4-Définitions contractuelles

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

ACCIDENT DE LA VIE

Les événements garantis par le contrat Cardif Libertés Pro à savoir :

- Les accidents médicaux : causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux autorisés à exercer dans le pays où l'accident survient ;
- Les accidents dus à des attentats ou à d'autres infractions : lorsque ces derniers résultent de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction ;
- Les autres accidents de la vie privée : survenant suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures (chute, accidents liés à l'effort, intoxications, accidents de bricolage, catastrophes naturelles, accidents de santé).

AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Il existe 3 (trois) catégories d'Affection de longue durée :

- Les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- Les affections dites "hors liste" : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapie particulièrement coûteuse ;

- Les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

AIDANT

Le terme « Aidant » se réfère :

- Pour les prestations d'« AIDE AU BÉNÉFICIAIRE AIDANT D'UN PARENT DÉPENDANT » : au Bénéficiaire qui vient en aide à titre non professionnel à un Membre de la famille en état de Dépendance ;
- Pour les prestations d'« AIDE A L'AIDANT DU BÉNÉFICIAIRE DÉPENDANT » : à un Membre de la famille, majeur, résidant sur le territoire où se situe le Domicile qui vient en aide à titre non professionnel au Bénéficiaire en état de Dépendance.

L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile du Membre de la famille aidée à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Aidant.

ANIMAUX DE COMPAGNIE

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

Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1^{re} et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

ARRÊT DE TRAVAIL

Est considéré en Arrêt de Travail par l'assureur, l'assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve temporairement dans

l'impossibilité totale et continue d'exercer son activité professionnelle, et qui n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit ».

BÉNÉFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat Cardif Libertés Pro (le « Bénéficiaire »),

CHARGÉ DE MÉMOIRE

Personne désignée par le Bénéficiaire qui aura pour mission d'aviser Mondial Assistance du décès afin que les services prévus à la Convention puissent être mis en place.

CHAUFFEUR

Prestataire de Mondial Assistance ayant pour mission de réacheminer un Véhicule.

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

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

CONJOINT

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

CONSEILLER EMPLOI

Professionnel de l'emploi qui, chez Mondial Assistance, est chargé du suivi personnalisé du Bénéficiaire.

DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER (DROM)

Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte.

DÉPENDANCE

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

DOMICILE

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

ENFANTS

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

ÉTRANGER

Tout pays, **à l'exclusion de la France et des Pays non couverts.**

FRANCE

France métropolitaine ainsi que les Départements et Régions d'Outre-Mer, où se situe le Domicile.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE À L'ÉTRANGER

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, consécutifs à un Accident de la vie.

FRAIS FUNÉRAIRES

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation obligatoires, de conditionnement, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

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

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

FRAIS DE RECHERCHE

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

FRAIS DE SECOURS

Frais de transport consécutifs aux opérations de recherche (après localisation du Bénéficiaire) depuis le lieu de survenance de l'Accident corporel jusqu'à la structure médicale la plus proche.

HÉBERGEMENT

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

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, consécutif à un Accident de la vie, avec ou sans nuitée (y compris l'hospitalisation ambulatoire).

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

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

IMMOBILISATION À DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, consécutive à un Accident de la vie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

INCAPACITÉ

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

INVALIDITÉ

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

MEMBRE DE LA FAMILLE

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

MEMBRE DE LA FAMILLE DÉPENDANT À CHARGE

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

La dépendance se caractérise par des restrictions

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

PAYS NON COUVERTS

Corée du Nord. La liste mise à jour des pays exclus, est disponible sur le site internet d'AWP France SAS à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Est considéré en état de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, reconnu inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit et devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

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

SÉQUELLE HANDICAPANTE

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

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- Train en 2^{de} classe sauf mention contraire ;
- Avion en classe économique ;
- Véhicule de location ;
- Taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

VÉHICULE

Véhicule appartenant au Bénéficiaire victime d'un Accident de la Vie survenu en déplacement :

- D'un poids total en charge inférieur à 3,500 kg ;
 - Immatriculé en France ;
- non utilisé même à titre occasionnel pour le transport onéreux de personnes ou de marchandises.

5-Prestations

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

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

5.1 DÈS L'ADHÉSION

INFOS CONSEILS RÉSEAUX DE SERVICES A DOMICILE

■ Conseil social

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

■ Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique, par téléphone du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00, hors jours fériés, (fuseau horaire de France métropolitaine), des renseignements dans les domaines ci-après :

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

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

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

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

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

5.2 AU MOMENT DU SINISTRE

5.2.1 EN CAS DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE / INVALIDITÉ/ARRÊT DE TRAVAIL

A - ENVELOPPE DE SERVICES

■ Évaluation des besoins et recommandations

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

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

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

■ Enveloppe de services et d'aide à Domicile

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

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

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

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

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

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

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

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

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

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

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

Transport

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion et à Mayotte.

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

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

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

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie

PRESTATIONS

du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

L'aide à domicile d'une auxiliaire de vie ou d'une travailleuse familiale est disponible uniquement en France métropolitaine.

L'aide à domicile d'une aide-ménagère est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

Préparation du retour au Domicile

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

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

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

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

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion et à Mayotte.

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

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion et à Mayotte.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

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

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

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

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

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

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion et à Mayotte.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants

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

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

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

Portage des repas

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

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

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

Dans les zones non desservies ou lorsque

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine, hors Corse, et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

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

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

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

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

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

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

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

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

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{re} et 2^{de} catégorie (article L.211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

PRESTATIONS

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile. Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- Esthéticienne ;
- Coiffeur ;
- Prothésiste capillaire ;

y compris ceux réalisés à domicile.

Livraison en urgence au Domicile de médicaments

immédiatement nécessaires prescrits par un médecin.

Le coût des médicaments reste à la charge de l'Aidant.

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe et à la Réunion.

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

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

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

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

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

Téléassistance ponctuelle à Domicile

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

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

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine et à la Réunion.

Apprentissage des gestes d'accompagnement du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière afin de former l'Aidant aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Bénéficiaire en état de Dépendance.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

Assistance aux devoirs

Lorsque vous ou votre Conjoint est atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met l'Enfant en contact avec un Prestataire enseignant qui l'aidera à faire leurs devoirs.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi de 17h00 à 20h00 et sans interruption du jeudi 20h00 au dimanche 20h00.

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

Assistance pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire supérieure à deux semaines calendaires consécutives, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 2 (deux) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de l'expiration du délai de carence et sous réserve que Mondial Assistance ait reçu les justificatifs qui ont été éventuellement demandés.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

Formation de l'Aidant

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

■ Préparation au rôle d'Aidant :

Mondial Assistance fournit des conseils destinés à prévenir l'Aidant des risques liés à sa nouvelle situation :

- des conseils pour rester en bonne santé,
- des conseils pour comprendre les difficultés du Membre de la famille en état de Dépendance et éviter les gestes involontaires de maltraitance.

- Orientation vers les groupes de parole

En fonction des disponibilités locales, Mondial Assistance oriente le Bénéficiaire vers des associations et des établissements spécialisés proposant des séances de discussion afin d'éviter un isolement de l'Aidant.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales.

■ Apprentissage des gestes d'accompagnement du Membre de la famille en état de Dépendance

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière afin de former l'Aidant aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Membre de la famille en état de Dépendance.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

Assistance à l'aménagement du Domicile

Mondial Assistance fournit :

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

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

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

PRESTATIONS

B – PRESTATIONS HORS ENVELOPPE DE SERVICES

Accompagnement psychologique

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

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

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9 h 00 à 18 h 00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

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

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

Pour accompagner le Bénéficiaire assuré victime d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

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

■ **Bilan personnel et professionnel** du Bénéficiaire assuré afin de l'aider à définir son projet professionnel.

■ Aide au retour à l'emploi

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

- Rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation ;
- Préparation aux entretiens d'embauche ;
- Activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux ;
- Utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi.

Ou

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

Le Bénéficiaire assuré est conseillé par un Prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

En aucun cas, Mondial Assistance ne se

substitue au Bénéficiaire assuré pour créer ou reprendre une entreprise.

■ Entretiens de suivi et de coaching

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

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9 h 00 à 18 h 00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

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

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

5.2.2 EN CAS DE DÉCÈS

A - FORMALITÉS APRÈS OBSÈQUES

Pour aider la famille du Bénéficiaire décédé à accomplir les formalités, Mondial Assistance organise et prend en charge, sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8 h 00 à 20 h 00 (fuseau horaire de la France métropolitaine) et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », **1 (une) des 2 (deux) prestations définies ci-après :**

■ Accompagnement personnalisé d'un Membre de la famille, comprenant :

- Un diagnostic de la situation sociale, professionnelle et économique du Bénéficiaire décédé et de sa famille afin d'identifier précisément les démarches à effectuer et les organismes concernés ;
- La rédaction des courriers (résiliation d'abonnements, arrêts des mailings, faire valoir les intérêts financiers de la famille tels que capital décès, assurance vie, etc.) ;
- Un service d'information, conseil et assistance juridique pendant 3 mois (constitution des dossiers, courriers complémentaires, droits et devoirs liés à la succession, etc.).

Les courriers et dossiers sont envoyés au Membre de la famille qui se charge de les adresser sous sa signature aux organismes concernés.

Ou

■ Service d'informations juridiques et administratives pour obtenir des renseignements concernant :

- Les conséquences légales du décès, les droits et devoirs liés à la retraite et à la succession ;
- Les démarches administratives à effectuer en cas de décès et après les obsèques.

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

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

B - ASSISTANCE PENSION DE RÉVERSION ET SOUTIEN SOCIAL

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9 h 00 à 18 h 00 (fuseau horaire de France métropolitaine), et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance fournit au Conjoint survivant les prestations définies ci-après :

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

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

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

■ Accompagnement social comprenant :

- Une analyse de la situation médicale, sociale, professionnelle et économique du Conjoint survivant ;
- Des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;

PRESTATIONS

- Des informations sur les aides auxquelles le Conjoint Survivant peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- Des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- Une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

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

5.2.3 EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE – INVALIDITÉ (HORS ENVELOPPE)

A – COMPLÉMENT EN CAS DE SÉQUELLES HANDICAPANTES

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

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

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

■ **Assistance à l'aménagement du Domicile** Mondial Assistance fournit :

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

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

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

- **Téléassistance permanente au Domicile**
Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au domicile **sans prise en charge**.

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

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

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

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine et à la Réunion.

- **Visite de maisons d'accueil**
Transport (aller et retour) jusqu'aux établissements choisis par le Bénéficiaire ou son entourage.

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion et à Mayotte.

■ **Aides aux démarches administratives pour le déménagement**

Mondial Assistance fournit des renseignements sur les démarches administratives à effectuer en cas de déménagement.

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

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

- **Aide au déménagement**
Mondial Assistance met le Bénéficiaire en relation avec :

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

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

- **Présence d'un Proche pour aider à l'installation du Bénéficiaire en établissement spécialisé.**

Transport (aller et retour) et Hébergement d'un Proche pour aider le Bénéficiaire lors de son installation en établissement spécialisé.

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

Cette prestation est disponible en France métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion et à Mayotte.

B - FORMATION DE L'AIDANT DU BÉNÉFICIAIRE

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

- **Préparation au rôle d'Aidant**
Mondial Assistance fournit des conseils destinés à prévenir l'Aidant des risques liés à sa nouvelle situation :
- Des conseils pour rester en bonne santé ;

PRESTATIONS

- Des conseils pour comprendre les difficultés du Bénéficiaire et éviter les gestes involontaires de maltraitance.

■ **Orientation vers les groupes de parole**
En fonction des disponibilités locales, Mondial Assistance oriente le Bénéficiaire vers des associations et des établissements spécialisés proposant des séances de discussion afin d'éviter un isolement de l'Aidant.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales.

■ **Apprentissage des gestes d'accompagnement du Bénéficiaire**

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière afin de former l'Aidant aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Bénéficiaire.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine.

C - ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA RÉINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL

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

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

■ **Bilan personnel et professionnel** du Bénéficiaire afin de l'aider à définir son projet professionnel.

■ **Aide au retour à l'emploi**

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

- Rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation ;
- Préparation aux entretiens d'embauche ;
- Activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux ;
- Utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi.

Ou

■ **Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle**
Le Bénéficiaire est conseillé par un Prestataire sur tous les aspects d'un projet de

création ou de reprise d'entreprise.

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

■ **Entretiens de suivi et de coaching**

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

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9 h 00 à 18 h 00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

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

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

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

INFORMATIONS - CONSEILS - COACHING

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

■ **Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle :**

- *Gestion du personnel* : formalités administratives, contrat de travail, intérim, travail à l'étranger, licenciement, chômage, rémunération, formation, épargne collective, droit du salarié, chômage, réglementation du travail...
- *Formes juridiques, statuts et situations familiales* : SARL, SA, EURL, Auto-entrepreneur, statut du Conjoint collaborateur, statut de l'artisan-commerçant, mariage, divorce, succession, maladie-invalidité, RSI...
- *Fiscalité des entreprises* : impôt sur les sociétés, taxes professionnelles, TVA, contrôle fiscal..., et des particuliers : impôt sur le revenu, plus-values, contrôle fiscal...
- *Droit commercial* : bail, cessions acquisition location de fonds de commerce, versement des cotisations sociales et fiscales...

Certaines demandes peuvent nécessiter des

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

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; **en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.**

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire.

■ **Accompagnement conseil coaching pour mieux gérer son quotidien professionnel**

- **Évaluation de la situation du Bénéficiaire :**

clarification de la demande, évaluation des besoins, priorités et objectifs, mise en place d'un plan de travail et organisation ;

- **Accompagnement du Bénéficiaire dans le traitement de sa problématique :**

méthode de résolution de problème, aide à la décision, prise de recul, préparation des entretiens (mobilité, recrutement, entretien annuel), avis CV et lettre de motivation, gestion du stress, de l'emploi du temps, de l'organisation, gestion du relationnel dans l'entreprise pour l'aider à mieux gérer son quotidien professionnel.

ASSISTANCE VOYAGE

A - ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE

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

■ **Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire**

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

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

PRESTATIONS

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

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

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

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc. Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

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

■ **Transfert (Transport aller-simple) d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement.**

■ **Frais médicaux d'urgence à l'Étranger**

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

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

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

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

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

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

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

- Les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage ;
- Les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident corporel ou une Maladie survenue en France ou à l'Étranger ;
- Les frais de vaccination ;
- Les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française ;
- Les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

■ **Frais de recherche et de secours**

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

Lorsque le rapatriement ou le transport sanitaire intervient après la date de fin de séjour du Bénéficiaire ou si l'état de santé du Bénéficiaire ne nécessite pas d'Hospitalisation mais l'empêche de poursuivre son voyage dans les conditions prévues initialement, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article

2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

■ **Prolongation du séjour du Bénéficiaire immobilisé sur place à l'hôtel.**

■ **Soutien du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place**

- **Prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du Bénéficiaire :**

- Hébergement sur place et
- Transport retour.

Ou

- **Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place :**

- Transport (aller et retour) et
- Hébergement sur place.

■ **Retour au Domicile du Bénéficiaire dès que son état de santé le permet.**

B - COMPLÉMENT EN CAS DE DÉCÈS

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

■ **Transport du corps** depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France/Europe, choisi par le défunt ou les Membres de la famille.

■ **Transfert d'un Proche (Transport aller-retour et Hébergement) sur le lieu du décès :**

- soit pour remplir les formalités administratives avant le transport du corps
- soit pour assister à l'inhumation ou la crémation sur place.

C - COMPLÉMENT POUR LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BÉNÉFICIAIRE

Lorsque l'indisponibilité du Bénéficiaire, en raison d'un évènement garanti, rend impossible le retour au Domicile des autres personnes voyageant dans le Véhicule dans les conditions initialement prévues, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

■ **Retour au Domicile des personnes restées sur place (Transport aller simple).**

Prestation non cumulable avec la prestation « Acheminement d'un Proche ou d'un Chauffeur ».

PRESTATIONS

■ **Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur** (Transport aller-retour) pour le retour au Domicile des personnes handicapées ou de moins de 15 ans restées seules sur place.

Prestation non cumulable avec la prestation « Acheminement d'un Proche ou d'un Chauffeur ».

■ **Acheminement d'un Proche ou d'un Chauffeur** (Transport aller-simple) sur le lieu de l'évènement pour ramener le Véhicule et les personnes restées sur place lorsqu'aucune d'entre-elles n'est en mesure de conduire le Véhicule.

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

Prestation non cumulable avec « Retour au Domicile des personnes restées sur place » et « Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur ».

Le nombre de personnes destinataires de ces prestations est limité au nombre de places indiquées sur le certificat d'immatriculation du Véhicule. Sont exclus les auto-stoppeurs.

6-Responsabilité

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes,

sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à rem-

boursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

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

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

- Des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité;
- De l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutives à un cas de force majeure.

7-Exclusions générales

7.1 EXCLUSIONS GÉNÉRALES:

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

- Les accidents du travail incluant les accidents de trajet;
- La participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires; Les dommages résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques autre que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres;
- Les conséquences de tout dommage que le bénéficiaire s'est causé intentionnellement;
- Les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance de personne en danger;
- Les conséquences du suicide ou d'une tentative de suicide;
- Les dommages consécutifs à la consom-

mation d'alcool par le bénéficiaire ou l'absorption par le bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement;

- La guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des grèves, des prises d'otage, de la manipulation d'armes;
- Les accidents et traitements médicaux résultants d'expérimentations biomédicales;
- Les dommages ou aggravations de dommages d'origine nucléaire résultant d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par accélération artificielle de particules;
- Les frais non justifiés par des documents originaux;
- Les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire ou par un Aidant et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense.

7.2 EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSISTANCE VOYAGE

Outre les Exclusions Générales figurant au 7.1, sont exclus:

- Les conséquences:
 - De maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat;
 - De maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat;
 - Des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité, antérieurement avérées/constituées;
 - Des interventions chirurgicales de confort ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, de jour ou ambulatoire, dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance;
- Les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique);
- Les conséquences de tout incident du transport aérien réservé par le Bénéficiaire, opéré par une compagnie figurant sur la liste noire

EXCLUSIONS GÉNÉRALES PRESCRIPTION

- établie par la Commission européenne, quelle que soient sa provenance et sa destination;
- Les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement;
 - Les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance;
 - L'organisation et la prise en charge d'un transport visées à l'article « Rapatriement ou transport sanitaire » pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le Bénéfi-

ciaire de poursuivre son voyage;

- La participation du Bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle ou à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires;
- L'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le Bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive;
- Les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une

fédération sportive: le kite-surf, le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, le deltaplane, planeur, parapente, toute activité de parachutisme ainsi que tout sport effectué avec ou à partir d'aéronefs ultralégers motorisés au sens du Code de l'aviation civile;

- Les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome lorsque l'activité n'est pas encadrée par un professionnel habilité.

8- Prescription

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

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

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

Toutefois, ce délai ne court:

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la

prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

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

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

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

Information complémentaire:

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

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

9-Modalités d'examen des réclamations

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

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr
(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéfi-

ciaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours

internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

10-Compétence juridictionnelle

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

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français

compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

11-Protection des données à caractère personnel

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

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

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la

prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

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

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

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

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

12-Autorité de contrôle

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

13-Loi applicable - langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

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

14-Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe

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

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

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

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

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

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

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

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

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

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

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

FINALITÉ	EST-CE QUE VOTRE CONSENTEMENT EXPLICITE EST NÉCESSAIRE ?
■ Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.).	■ Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
■ Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer.	■ Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
■ Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives).	■ Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
■ À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	■ Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
■ Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	■ Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
■ Pour la gestion du recouvrement de créances	■ Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
■ Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	■ Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.
■ Pour transférer les risques via une réassurance et une coassurance	■ Nous pouvons traiter et partager vos données à caractère personnel avec d'autres compagnies d'assurances ou de réassurances, avec lesquelles nous avons signé ou nous signerons des accords de coassurance ou de réassurance. La coassurance est la couverture du risque par plusieurs compagnies d'assurances au moyen d'un seul contrat, en assumant chacune un pourcentage du risque ou en répartissant les couvertures entre elles. La réassurance est la « sous-traitance » de la couverture d'une partie du risque à un réassureur tiers. Toutefois, il s'agit d'un accord interne entre nous et le réassureur et vous n'avez aucun lien contractuel direct avec ce dernier. Ces transferts de risques interviennent au titre des intérêts légitimes des compagnies d'assurances, qui sont même généralement expressément autorisés par la loi (y compris le partage des données à caractère personnel strictement nécessaires à cette finalité)

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

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

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

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

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

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

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

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

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

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

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

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

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

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

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

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

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

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

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées

ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

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

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou

suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

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

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail :

informations-personnelles@votreassistance.fr

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

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

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS

Entreprise régie par le Code des assurances

S.A. au capital de 21 602 240 € - 308 896 547 RCS Paris

Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Bureaux : 8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01 41 42 83 00

CARDIF Assurance Vie

S.A. au capital de 719 167 488 € - Immatriculée sous le n° 732028154 RCS Paris

N° TVA intracommunautaire FR 12732028154 - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Bureaux : 8, rue du Port - 92728 NANTERRE CEDEX - Tél. : 01 41 42 83 00 - Entreprise régie par le Code des assurances

Numéros ADEME : FR200182_01XHW

UNION FRANÇAISE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE (UFEP)

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

Siège social : 1, rue des Fondrières - 92000 Nanterre

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €

519 490 080 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Cl-après désignée sous le nom commercial « Mondial Assistance »



CARDIF
GROUPE BNP PARIBAS

L'assureur
d'un monde
qui change