

**Notice de la Convention d'Assurance collective n° 561**

Le présent contrat peut être proposé selon les modes de vente suivants :

- en agence, à la suite ou non d'une sollicitation par BNP Paribas par voie de démarchage (par exemple, par courrier ou par téléphone),
- dans le cadre d'un système de vente à distance précédé ou non d'un acte de démarchage, utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion du présent contrat (téléphone et Internet).

Pour adhérer au contrat BNP Paribas Protection Vie Active via le site mabanque.bnpparibas, le Client doit d'abord s'identifier avec les codes de reconnaissance utilisés pour l'accès aux Services en Ligne (numéro Client et code secret).

Puis, le Client renseigne ses coordonnées et indique ses besoins. Il accède ensuite au formulaire de demande d'adhésion à "BNP Paribas Protection Vie Active", qu'il valide par le biais d'un premier clic. Il visualise alors le récapitulatif de sa demande, afin d'en vérifier les caractéristiques. Si ce récapitulatif correspond à ses souhaits, le Client confirme son accord par un second clic qui correspond à son acceptation de l'adhésion au contrat BNP Paribas Protection Vie Active.

L'enregistrement de l'adhésion du Client à "BNP Paribas Protection Vie Active" est confirmé par BNP Paribas dans l'espace sécurisé de "mabanque.bnpparibas". Parallèlement, un message de confirmation dans lequel figure le numéro d'enregistrement de son adhésion est adressé au Client dans sa messagerie sécurisée "mabanque.bnpparibas".

BNP Paribas conserve l'ensemble des éléments de l'adhésion sur ses outils informatiques.

Le Client est informé que, lorsque le présent contrat aura été conclu à distance, il aura accès à l'ensemble des documents contractuels sur son espace sécurisé "mabanque.bnpparibas".

Accident : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat :

- le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide,
- les maladies, leurs conséquences ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes.

(à titre d'exemple, un "accident vasculaire" ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents).

Adhérent/Assuré : toute personne physique, titulaire d'un compte bancaire ouvert sur les livres de BNP Paribas, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle repose la garantie. Il revêt la qualité de contractant et sera désigné comme l'Assuré. Il est payeur des cotisations.

Arrêt de travail pour s'occuper d'un ascendant dépendant : arrêt total de travail non rémunéré et volontaire de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant (parents, beaux-parents) dépendant (GIR1 à GIR4) bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). L'Assuré devra justifier au jour de l'évènement d'un CDI et d'au moins une année de travail sans interruption.

Beaux-parents : il s'agit des père et mère du conjoint, du concubin ou du partenaire auquel l'Assuré est lié par un PACS, ainsi que de leur conjoint, concubin, ou partenaire de PACS respectif.

Carence : période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas. Pour la Perte de Revenus ou l'Augmentation des dépenses consécutive à la Perte d'Emploi ou à la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré, la garantie prend effet au terme d'un délai de carence de 180 jours à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Conjoint : conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin notoire âgé de plus de 18 ans et de moins de 65 ans à la date d'adhésion au contrat.

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.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Hospitalisation ou de Perte d'Emploi au-delà duquel une indemnisation est possible.

Hospitalisation : tout séjour dans un établissement hospitalier, privé ou public, prescrit médicalement. Une journée complète d'hospitalisation est définie comme une journée d'hospitalisation donnant lieu au paiement du forfait journalier hospitalier.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré se trouvant temporairement, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, sous réserve qu'au 1er jour d'arrêt de travail, l'Assuré exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée ou perçoive des allocations du Pôle Emploi.

Mutation Professionnelle Forcée : affectation non souhaitée ou indépendante de la volonté de l'Assuré dans un autre établissement de l'entreprise ou d'une filiale par décision unilatérale de son Employeur. Cette mutation professionnelle doit être faite sur le territoire français. Le nouveau lieu de travail doit être au moins à 100 km de l'ancien et le nouveau lieu d'habitation doit être au moins à 100 km de l'ancien. L'Assuré devra justifier au jour de l'évènement d'un CDI et d'au moins une année de présence au sein de l'entreprise.

Perte d'Emploi : est considérée comme une Perte d'Emploi, le licenciement de l'Assuré, ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part du Pôle Emploi.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré reconnu inapte par l'Assureur 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 nourrir, se vêtir, se déplacer).

Revenu de référence : salaire mensuel moyen correspondant à la moyenne des 12 derniers salaires mensuels nets précédant la survenance d'un des événements générateurs de la garantie.

En cas de licenciement, son montant n'intègre pas les indemnités liées à la perte de l'emploi, telles que les indemnités de licenciement et/ou les indemnités compensatrices de congés payés.

Décès accidentel du conjoint, Hospitalisation due à un accident : ceux survenant en conséquence directe d'un accident dans les 12 mois suivant la date à laquelle celui-ci est intervenu.

BNP Paribas Protection Vie Active est une convention d'assurance collective n°561 souscrite par BNP Paribas auprès de CARDIF-Assurances Risques Divers, ci-après dénommée "l'Assureur". Il est réservé aux titulaires d'un compte bancaire ouvert sur les livres de BNP Paribas. Ce contrat est assorti de prestations d'assistance fournies par Fragonard Assurances.

**I - OBJET**

L'objet du présent contrat est de garantir l'Assuré contre une Perte de Revenus et/ou une Augmentation de ses dépenses lorsque celles-ci sont consécutives à un des Evénements Générateurs suivants :

- la Perte d'Emploi de l'Assuré ;
- l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré ;
- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré ;
- le Décès Accidentel du Conjoint de l'Assuré ;
- l'Hospitalisation Accidentelle de l'Assuré ;
- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré ;
- l'Arrêt de Travail de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant dépendant.

II - FORMULES DE LA GARANTIE

Lors de l'adhésion, l'Assuré peut opter pour l'une des formules suivantes :

Formule Active :

- la Perte d'Emploi de l'Assuré ;
- l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré ;
- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

Formule Active + :

- la Perte d'Emploi de l'Assuré ;
- l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré ;
- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré ;
- le Décès Accidentel du Conjoint de l'Assuré ;
- l'Hospitalisation Accidentelle de l'Assuré ;
- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré ;
- l'Arrêt de Travail de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant dépendant.

III - CONDITIONS D'ADMISSION

Est admissible à la présente assurance et sera désignée sous le terme d'Assuré, toute personne physique :

- âgée de plus de 18 ans et de moins de 61 ans à la date de son adhésion au contrat ;
- répondant aux conditions prévues à la déclaration sur l'honneur figurant sur la Demande d'adhésion et ayant rempli cette demande.

L'Assuré ne peut opter pour le plafond d'indemnisation de 700 euros ou de 1 000 euros que si ce plafond n'excède pas 50 % de son revenu mensuel.

L'Assuré doit en outre être résident de France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco.

IV - CONCLUSION ET PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DE LA GARANTIE**1. Conclusion de l'adhésion**

L'adhésion à la convention d'assurance collective n° 561 est conclue :

- en cas de vente en face à face, à la date de signature de la Demande d'adhésion ;
- en cas d'adhésion via le site mabanque.bnpparibas, à la date de validation de l'adhésion en ligne ;
- en cas d'adhésion par téléphone, à la date de l'appel téléphonique au cours duquel l'Assuré a donné son consentement à la conclusion du contrat d'assurance.

Toutefois, l'adhésion n'est pas conclue si l'Assuré fait 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 L562-1 et suivants du Code Monétaire et Financier.

2. Prise d'effet de l'adhésion et de la garantie**a) Prise d'effet de l'adhésion**

L'adhésion prend effet avec l'accord de l'Assuré à la date de conclusion de l'adhésion à la convention d'assurance collective n° 561.

En cas d'adhésion par téléphone, l'Assuré peut demander à ce que l'adhésion prenne effet à l'expiration d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus. L'Assuré manifeste son choix lors de l'appel téléphonique.

Ce délai de renonciation court à compter du 7ème jour ouvré suivant l'appel téléphonique. A cette date, la Notice et la Demande d'adhésion valant attestation d'adhésion sont considérées avoir été reçues par l'Assuré sur son espace dématérialisé et, s'il en a fait la demande, sous format papier.

b) Prise d'effet de la garantie

La garantie Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses prend effet à la date de l'adhésion sauf en ce qui concerne la Perte de Revenus et/ou l'Augmentation des dépenses consécutive à la Perte d'Emploi ou à la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré qui prend effet au terme d'un délai de carence de 180 jours.

Ce délai court à compter de la date d'effet de l'adhésion telle que définie ci-dessus.

V - DUREE DE L'ADHESION ET DE LA GARANTIE

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

L'adhésion prend fin :

- le 1er jour du mois qui suit la clôture du dernier compte bancaire BNP Paribas existant ;
- en cas de résiliation effectuée par l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Assureur au moins 2 mois avant la date d'échéance annuelle, le cachet de la Poste faisant foi ;
- en cas de résiliation effectuée par l'Assureur en cas de non-paiement des cotisations conformément à la procédure décrite à l'Article 113-3 du Code des assurances ;
- en cas de résiliation par l'Assureur ou BNP Paribas de la convention d'assurance collective n° 561, à la date de renouvellement de l'adhésion suivant la date de résiliation. L'Assuré sera informé 3 mois avant la date de résiliation par lettre recommandée.

De plus, la garantie cesse :

- pour les Evénements Générateurs Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, Décès Accidentel du Conjoint de l'Assuré, Hospitalisation Accidentelle de l'Assuré, Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré et Arrêt de Travail de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant dépendant : à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 65ème anniversaire de l'Assuré ;
- pour l'Evénement Générateur Perte d'Emploi, à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit :
 - le départ ou la mise en préretraite ou en retraite,
 - la cessation définitive d'activité professionnelle,
 - la liquidation de toute pension de retraite.



VI - LIMITATION DE LA GARANTIE

Quel que soit l'Evènement Générateur de la Perte de Revenus et/ou de l'Augmentation des dépenses, la prise en charge par l'Assureur ne pourra excéder :

- 300, 700 ou 1 000 euros par mois selon le choix opéré à l'adhésion.
- 6 indemnités mensuelles.

En outre, pour un même Evènement Générateur, la garantie ne pourra être mise en jeu qu'une seule fois par année civile.

VII - MODIFICATION DE LA GARANTIE

Une fois par an, en cours de vie du contrat, l'Assuré peut demander à modifier le choix de sa formule et le montant maximum de prestation. Ces modifications prendront effet à la date figurant sur l'avenant au contrat. Si l'Assuré passe de la Formule Active à la Formule Active +, une période de carence de 180 jours sera appliquée à compter de la date d'effet de la modification pour la Perte de Revenus et/ou l'Augmentation des dépenses consécutives à la Mutation Professionnelle Forcée.

Il est précisé qu'une demande de modification de la garantie est sans incidence sur les prestations en cours de règlement.

VIII - PRESTATIONS

Protection Vie Active garantit, dans les limites décrites à l'article "VI - LIMITATION DE LA GARANTIE", les prestations suivantes :

En cas de Perte de Revenus et/ou d'Augmentation des dépenses consécutives à la Perte d'Emploi de l'Assuré :

A l'expiration d'une période de franchise de 45 jours consécutifs de chômage total et continu indemnisé par le Pôle Emploi, l'Assureur :

- verse à l'Assuré une indemnité correspondant à la différence entre son Revenu de référence et les allocations de chômage nettes perçues de la part du Pôle Emploi ;
- prend en charge les dépenses consécutives à la Perte d'Emploi.

En cas de Perte de Revenus et/ou d'Augmentation des dépenses consécutives à l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré :

A l'expiration d'une période de franchise de 45 jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assureur :

- verse à l'Assuré une indemnité correspondant à la différence entre son Revenu de référence et les indemnités perçues de l'organisme social de base et, le cas échéant, de l'employeur ;
- prend en charge les dépenses consécutives à l'Incapacité Temporaire Totale de travail.

En cas de Perte de Revenus et/ou d'Augmentation des dépenses consécutives à l'Hospitalisation Accidentelle de l'Assuré :

A l'expiration d'une période de franchise de 2 jours consécutifs d'Hospitalisation, l'Assureur :

- verse à l'Assuré une indemnité correspondant à la différence entre son Revenu de référence et les indemnités perçues de l'organisme social de base et le cas échéant, de l'employeur ;
- prend en charge les dépenses liées à l'Hospitalisation.

En cas de Perte de Revenus et/ou d'Augmentation des dépenses consécutives à une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré :

L'Assureur :

- verse à l'Assuré une indemnité correspondant à la différence entre son Revenu de référence et les indemnités perçues de l'organisme social de base et le cas échéant, de l'employeur ;
 - prend en charge les dépenses consécutives à l'invalidité.
- L'Assureur versera l'équivalent de 6 indemnités mensuelles en une seule fois.

En cas de Perte de Revenus et/ou d'Augmentation des dépenses consécutives au Décès Accidentel du Conjoint de l'Assuré :

L'Assureur :

- verse une indemnité égale à la moyenne des revenus nets perçus par le Conjoint de l'Assuré au cours des 12 derniers mois de son activité professionnelle ;
- prend en charge les dépenses consécutives au Décès Accidentel du Conjoint de l'Assuré.

L'Assureur versera l'équivalent de 6 indemnités mensuelles en une seule fois.

En cas de Perte de Revenus et/ou d'Augmentation des dépenses consécutives à la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré :

L'Assureur prend en charge les dépenses consécutives à la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré.

L'Assureur versera, en une seule fois, une indemnité dont le montant ne peut excéder 6 plafonds mensuels.

En cas de Perte de Revenus et/ou d'Augmentation des dépenses consécutives à l'Arrêt de Travail de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant dépendant :

L'Assureur :

- verse à l'Assuré une indemnité égale au montant de son Revenu de référence ;
- prend en charge les dépenses consécutives à l'Arrêt de Travail de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant dépendant.

IX - EXCLUSIONS

Les conditions d'indemnisation au titre de BNP Paribas Protection Vie Active s'appliquent à toute Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutives aux Evènements Générateurs du contrat après la date de prise d'effet de la garantie, à l'exclusion des cas suivants, de leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

Pour la Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutives à la Perte d'Emploi de l'Assuré :

- des licenciements notifiés par l'employeur avant la date de prise d'effet de la garantie ;
- des licenciements pour faute grave ou lourde ;
- des licenciements ne donnant pas lieu au versement d'allocations de chômage par le Pôle Emploi ;
- des démissions y compris celles donnant droit à une prise en charge par le Pôle Emploi ;
- des ruptures conventionnelles au sens des Articles L.1237-11 et suivants du Code du travail ;
- des résiliations de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai ;
- des départs ou mises en retraite, en retraite anticipée ou en préretraite ;
- du chômage partiel ;
- des ruptures avant terme ou des arrivées à terme des contrats de travail à durée déterminée survenues dans les 2 premières années d'assurance.

**Pour la Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutives à l'Hospitalisation Accidentelle de l'Assuré :**

- des séjours tels que : cure, repos, retraite, convalescence, réadaptation, rééducation, traitements psychiatriques.

Pour la Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutives au Décès Accidentel du Conjoint de l'Assuré, à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré et à l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré :

- des tentatives de suicide ;
- des maladies et accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de la garantie ;
- des guerres civiles ou étrangères, de la participation volontaire à des crimes, des délits, des duels, des mouvements populaires, des attentats ou des émeutes, des actes de sabotage ou de piraterie. Toutefois, dans les pays de l'Union Européenne, la Suisse, l'Islande, la Norvège, les Etats-Unis, le Japon et le Canada, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements ;
- des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, et d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome ;
- des faits intentionnels de l'Assuré et/ou de son Conjoint, de l'usage de médicaments ou de stupéfiants à doses non ordonnées médicalement, de l'état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre), de l'alcoolisme chronique ;
- de la pratique de sports aériens et/ou de l'utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel naviguant des lignes commerciales régulières et de vols charters) ainsi que des compétitions de véhicules à moteur.

Pour la Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutives à l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré :

- du congé légal de maternité ;
- des atteintes disco-vertébrales et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale dans les 3 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail ;
- des troubles anxio-dépressifs, des affections psychiatriques, de la spasmophilie et de leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'hospitalisation de plus de 15 jours continus (hormis l'hospitalisation de jour) dans les 3 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.

Pour la Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutives à l'Arrêt de Travail de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant dépendant :

- des Arrêts de Travail dans le cadre d'un contrat à durée déterminée, d'une mission d'intérim ;
- des Arrêts de Travail de l'Assuré titulaire d'un contrat à durée indéterminée depuis moins d'un an ;
- des Arrêts de Travail pour s'occuper d'un descendant ou pour s'occuper d'un ascendant autre que les parents et les beaux-parents ;
- des Arrêts de Travail pour s'occuper d'un ascendant non titulaire de l'APA ;
- des Arrêts de Travail pour s'occuper d'un ascendant dont la première constatation médicale de l'état de dépendance est antérieure à l'adhésion au présent contrat.

Pour la Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutives à la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré :

- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré ne justifiant pas d'un contrat de travail à durée indéterminée à la date de l'évènement ;
- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré titulaire d'un contrat à durée indéterminée depuis moins d'un an à la date de l'évènement ;
- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré quand le nouveau lieu de travail se situe à moins de 100 km de l'ancien ou quand le nouveau lieu d'habitation se situe à moins de 100 km de l'ancien.

X - BENEFICIAIRE DE LA GARANTIE

Le Bénéficiaire de la garantie est l'Assuré.

XI - PRISE EN CHARGE**Délais de déclaration et constitution du dossier**

Toute correspondance relative à la prise en charge doit être envoyée à l'adresse des bureaux de l'Assureur :

CARDIF - Assurances Risques Divers
Service Prévoyance Individuelle
Gestion des Sinistres - SH 859 bis
8, rue du Port
92728 Nanterre CEDEX

Tout sinistre doit être déclaré dans un délai de 180 jours après sa survenance. En cas de déclaration tardive, une déchéance (perte du droit à garantie) peut être opposée à l'Assuré si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice (Article L.113-2 du Code des assurances).

Pour toute demande de prise en charge au titre de la garantie, l'Assuré doit adresser les pièces suivantes, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur :

- une attestation sur l'honneur de la Perte de Revenus et/ou de l'Augmentation des dépenses consécutives à la réalisation d'un évènement prévu au contrat. Celle-ci pourra être rédigée par exemple selon le modèle suivant :
"Je soussigné(e) M. / Mme XXXX atteste sur l'honneur avoir subi à la suite de [Evènement Générateur visé] une Perte de Revenus et/ou une Augmentation de mes dépenses d'un montant de XXX euros (...) et demande à ce titre une indemnisation dans le cadre de mon contrat n° XXXX (...)."

- et les pièces justificatives suivantes :

Pour déterminer la Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses subie par l'Assuré :

- la copie des 12 derniers bulletins de salaire de l'Assuré ;
- les justificatifs des frais éventuellement engagés.

En outre,

Pour l'évènement Perte d'Emploi :

- une copie de la lettre de licenciement remise par l'employeur ;
- une copie du(des) certificat(s) de travail ;
- une copie de la lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par l'Unedif ou par l'Etat ;
- une copie des décomptes des allocations de chômage.

Pour l'évènement Incapacité Temporaire Totale de travail :

- le Questionnaire médical de déclaration de sinistre de l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ;
- un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail ;



- les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé ou une attestation de l'employeur qui précise la date et la durée de l'arrêt de travail.

• **Pour l'évènement Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :**

- le Questionnaire fourni par l'Assureur sur simple demande à remplir et à signer par le médecin traitant ;
- la notification de mise en invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé.

• **Pour l'évènement Décès Accidentel du Conjoint :**

- l'acte de décès du Conjoint de l'Assuré ;
- un certificat médical précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- les preuves de l'accident (comme par exemple : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de journaux) ;
- le Questionnaire fourni par l'Assureur sur simple demande à remplir et à signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès.

• **Pour l'évènement Hospitalisation Accidentelle :**

- un certificat médical précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- les preuves de l'accident (comme par exemple : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de journaux) ;
- la déclaration d'hospitalisation fournie par l'Assureur sur simple demande ;
- pendant le séjour, s'il est supérieur à 30 jours : par période de 15 jours, un bulletin de situation hospitalière mentionnant les services dans lesquels l'Assuré a séjourné ;
- au plus tard dans les 3 mois suivant la sortie de l'hôpital une copie du bulletin de sortie mentionnant clairement les dates d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier ainsi que les services dans lesquels l'Assuré a séjourné.

• **Pour l'évènement Mutation Professionnelle Forcée :**

- l'avenant au contrat de travail de l'Assuré ;
- un justificatif de changement de domicile ;
- le cas échéant, tout courrier ou échanges avec l'employeur attestant du caractère forcé de la mutation.

• **Pour l'évènement Arrêt de Travail pour s'occuper d'un ascendant dépendant :**

- la photocopie du contrat de travail à durée indéterminée de l'Assuré ;
- la photocopie de la notification de la décision d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par le Président du Conseil Général du département compétent ;
- la photocopie du livret de famille attestant du lien de parenté avec la personne dépendante ou une attestation sur l'honneur du lien familial qui l'unit à la personne dépendante ;
- si l'arrêt de travail fait suite à une démission : la photocopie de l'avis de réception de la lettre de démission par l'employeur ou la photocopie de l'attestation Pôle Emploi ;
- si l'arrêt de travail fait suite à une demande de congé sans solde ou de congé de soutien familial : la photocopie du Bulletin de salaire faisant état de l'absence de rémunération de l'Assuré ou une attestation de l'employeur faisant état de la situation contractuelle de l'Assuré.

Il est précisé que le maintien du versement mensuel des prestations est ensuite subordonné à la transmission des justificatifs suivants : l'Assuré doit adresser chaque mois à l'Assureur :

- les décomptes correspondant aux allocations chômage (Pôle Emploi) versées à l'Assuré ;
- le relevé d'indemnités journalières versées par l'organisme social de base et le cas échéant de l'employeur ;
- le bulletin de salaire du mois écoulé.

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et/ou de réclamer des documents complémentaires. En cas de refus, l'Assureur pourra refuser à l'Assuré la prise en charge du sinistre. L'Assureur peut également procéder à tout contrôle en cours de prise en charge dont la conséquence peut être l'arrêt de l'indemnisation. Le règlement des sommes dues intervient par virement dans les 30 jours suivant la réception par l'Assureur de l'ensemble des pièces justificatives. 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 au nom de l'Assuré dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Économique Européen 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.

XII - COTISATIONS

L'Assuré bénéficie gratuitement des prestations d'assistance suivantes :

- la fourniture de renseignements dans les domaines de la vie pratique, de l'emploi, de la consommation, du conseil social, des services à la personne ainsi qu'en cas de traumatisme psychologique ;
- les prestations délivrées lors d'une hospitalisation d'un ascendant dépendant.

En revanche, les prestations d'assistance déclenchées en cas de Perte d'Emploi, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Hospitalisation Accidentelle de plus de 24 heures, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et de Mutation Professionnelle Forcée sont à la charge de l'Assuré.

L'ensemble des prestations listées ci-dessus est détaillé dans les Conditions Générales d'assistance.

La cotisation mensuelle, toutes taxes comprises, doit être acquittée par prélèvement automatique. La date de prélèvement de la première échéance de cotisation est mentionnée sur la Demande d'adhésion.

Les paiements par l'Assuré doivent intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré dans un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'Espace Economique Européen et être libellés en euros à l'ordre de CARDIF.

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 CARDIF.

L'Assureur pourra modifier le taux de cotisation :

- à la date de renouvellement si l'évolution des caractéristiques actuarielles de l'ensemble des Assurés à la Convention n°561 le justifie. Le taux de cotisation sera porté à la connaissance de l'Assuré moyennant un préavis de trois mois avant la date de renouvellement de l'adhésion. Dans ce délai, l'Assuré pourra refuser cette modification en résiliant son adhésion par simple lettre. A défaut, il sera réputé l'accepter ;
- à la prochaine échéance de cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans le barème des cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Assuré une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son envoi, la ou les cotisation(s) ou fraction de cotisation due(s) n'est(ne sont) toujours pas payée(s), les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard le contrat sera résilié (Article L. 113-3 du Code des assurances).

**XIII - RENONCIATION**

- En cas de démarchage (conformément à l'Article L.112-9 du Code des assurances) :

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

Le jour de conclusion du contrat mentionné ci-dessus correspond à la date de conclusion de l'adhésion telle que définie au paragraphe "IV - 1." de la présente Notice.

L'Assuré doit adresser à CARDIF - Assurances Risques Divers - Service Prévoyance Individuelle - Gestion des Sinistres - SH 859 bis - 8, rue du Port - 92728 Nanterre CEDEX - le modèle de lettre suivant :

"Je soussigné(e) (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat BNP Paribas Protection Vie Active n° XXXX. Le (date) Signature"

L'Assureur rembourse à l'Assuré 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. A compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et la garantie prennent fin.

- En cas de vente en face à face ou de contrat à distance, l'Assuré bénéficie de la faculté de renonciation, selon les modalités ci-dessus. Toutefois, lors d'une adhésion par téléphone, le point de départ du délai de renonciation est indiqué au paragraphe "IV - 2." de la présente Notice.

XIV - EXAMEN DES RECLAMATIONS

Pour toute réclamation :

La réponse à la réclamation de l'Assuré 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, l'Assuré en sera dûment informé.

1^{er} niveau :

L'Assuré peut contacter l'Assureur à l'adresse suivante :

CARDIF - Assurances Risques Divers
Service clients Prévoyance - SH 123
8, rue du Port
92728 Nanterre CEDEX

Le service qui réceptionnera la réclamation de l'Assuré lui adressera un accusé réception dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

2^{ème} 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 qualité réclamations à l'adresse suivante :

CARDIF - Assurances Risques Divers
Service qualité réclamations - Prévoyance - SH 123
8, rue du Port
92728 Nanterre CEDEX

Ce service adressera à l'Assuré un accusé réception de sa réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

En cas de désaccord persistant

3^{ème} niveau :

En cas de désaccord persistant sur la réponse donnée au 2^{ème} niveau et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'Assuré ou ses ayants droits peuvent solliciter l'intervention du Médiateur de l'Assurance :

- par courrier à l'adresse suivante :

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

- en ligne via le formulaire de contact dédié :

www.mediation-assurance.org

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.

XV - GENERALITES

Conformément à l'Article L.114-1 du Code des assurances, *"Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance."*

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration 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 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent 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.

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, interrompt 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."

La langue utilisée pour la conclusion et pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français.

Le présent contrat est régi par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige, né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est :
L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution
4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris CEDEX 09.

XVI - INFORMATIQUE ET LIBERTES

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 par l'Assureur sont facultatives, cela sera précisé au moment de leur collecte.

Les données à caractère personnel collectées par l'Assureur sont nécessaires :

- a. Pour respecter les obligations légales et réglementaires auxquelles il est soumis

L'Assureur collecte les données à caractère personnel de l'Adhérent afin d'être conforme aux différentes obligations légales et réglementaires qui s'imposent à lui, telles que :

- La prévention de la fraude à l'assurance ;
- La lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ;
- La lutte contre la fraude fiscale, l'accomplissement des contrôles fiscaux et les obligations de notification ;
- La surveillance et le report des risques que l'Assureur pourrait encourir ;
- La réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée.

- b. Pour l'exécution d'un contrat avec l'Adhérent ou pour prendre des mesures, à sa demande, avant de conclure un contrat

L'Assureur utilise les données à caractère personnel de l'Adhérent pour conclure et exécuter ses contrats, et en particulier :

- Evaluer les caractéristiques du risque pour déterminer une tarification ;
- Gérer les réclamations et l'exécution des garanties du contrat ;
- Communiquer à l'Adhérent des informations concernant les contrats de l'Assureur ;
- Accompagner l'Adhérent et répondre à ses demandes ;
- Evaluer si l'Assureur peut proposer à l'Adhérent un contrat d'assurance et le cas échéant évaluer à quelles conditions.

- c. Pour la poursuite d'un intérêt légitime

L'Assureur utilise les données à caractère personnel de l'Adhérent dans le but de déployer et développer ses contrats d'assurance, pour améliorer sa gestion des risques et pour faire valoir ses droits, en particulier :

- La preuve du paiement de la prime ou cotisation d'assurance ;
- La prévention de la fraude ;
- La gestion des systèmes d'information, comprenant la gestion des infrastructures (ex : plateforme partagée), ainsi que la continuité des opérations et la sécurité informatique ;
- L'établissement de modèles statistiques individuels, basés sur l'analyse du nombre et de la fréquence des sinistres pour l'Assureur, par exemple dans le but d'aider à définir le score de risque d'assurance de l'Adhérent ;



- L'établissement de statistiques agrégées, de tests et de modèles pour la recherche et le développement, dans le but d'améliorer la gestion des risques ou dans le but d'améliorer les produits et services existants ou d'en créer de nouveaux ;
- Le lancement de campagnes de prévention, par exemple en créant des alertes liées à la survenance de catastrophes naturelles ou d'intempéries, en cas de ralentissement sur les routes, verglas... ;
- La sensibilisation du personnel de l'Assureur par l'enregistrement des appels émis et reçus par ses centres d'appel ;
- La personnalisation des offres de l'Assureur pour l'Adhérent et de celles des autres entités de BNP Paribas à travers l'amélioration de la qualité de ses contrats d'assurance, ou la communication concernant ses contrats d'assurance en fonction de la situation de l'Adhérent et de son profil.

Cela peut être accompli par :

- La segmentation des prospects et clients de l'Assureur ;
- L'analyse des habitudes et préférences de l'Adhérent dans l'utilisation des différents canaux de communication que l'Assureur met à sa disposition (mails ou messages, visite des sites Internet de l'Assureur, etc.) ;
- Le partage des données de l'Adhérent avec une autre entité de BNP Paribas en particulier si l'Adhérent est ou va devenir un client de cette autre entité ; et
- L'association des données relatives aux contrats que l'Adhérent a déjà souscrits ou pour lesquels il a effectué un devis, avec d'autres données que l'Assureur possède sur lui (ex : l'Assureur peut identifier que l'Adhérent a des enfants mais qu'il ne dispose pas encore de protection assurance familiale).
- L'organisation de jeux concours, loteries et campagnes promotionnelles.

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 relatives au traitement de ses données à caractère personnel, et une copie de ces dernières.
- Droit de rectification : dès lors qu'il considère que ses données à caractère personnel sont inexactes ou incomplètes, l'Adhérent peut demander à ce que ses données à caractère personnel soient modifiées en conséquence.
- Droit à l'effacement : l'Adhérent peut demander la suppression de ses données à caractère personnel, dans la limite de ce que permet la loi.
- Droit à la limitation : l'Adhérent peut demander la limitation des traitements sur ses données à caractère personnel.
- Droit d'opposition : l'Adhérent peut formuler une opposition 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 n'importe quel moment.
- Droit à la portabilité des données : dans certains cas, l'Adhérent a le droit de récupérer les données à caractère personnel qu'il a délivrées à l'Assureur, ou lorsque cela est techniquement réalisable, de solliciter leur transfert à un autre responsable de traitement.
- Droit à la mort numérique : l'Adhérent peut définir auprès de l'Assureur des directives particulières relatives à la

conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. L'Adhérent peut modifier ou révoquer ces directives particulières à tout moment.

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

Toute demande de l'Adhérent doit être accompagnée d'une photocopie/scan de sa pièce d'identité 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 réalisé par l'Assureur, il peut consulter la Notice "protection des données" disponible directement à l'adresse suivante :
www.cardif.fr/data-protection-notice.

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.

En cas de déclaration d'un sinistre notamment, l'Adhérent peut parfois être amené à transmettre à l'Assureur des données concernant son état de santé.

L'Adhérent accepte expressément que des données sur son état de santé peuvent être traitées par l'Assureur dans le seul but de permettre la gestion du contrat d'assurance.

Lors de l'adhésion du contrat, l'Adhérent peut parfois être amené à transmettre à l'Assureur des données relatives à son état de santé, par exemple lorsqu'il complète une déclaration de bonne santé, un questionnaire médical ou lorsqu'il doit réaliser des formalités médicales.

L'Adhérent accepte expressément que des données sur son état de santé puissent être traitées par l'Assureur dans le seul but de permettre la conclusion du contrat d'assurance.

Lorsque l'Adhérent complète un questionnaire de santé par voie dématérialisée, l'émission ou non d'une offre et les conditions de celle-ci (notamment en termes de garanties, de montant de prime et d'éventuelles formalités médicales complémentaires) sont déterminées de manière automatisée, sur la base des réponses qu'il a apportées. Des questions supplémentaires peuvent être posées à l'Adhérent afin de permettre une évaluation plus précise du risque tenant compte de son état de santé (en ce compris les maladies affectant l'Adhérent ou les accidents qu'il a subis). En fonction des réponses de l'Adhérent, une offre d'assurance peut être émise. La prime et la couverture de cette offre d'assurance pourront être adaptées (ajout de certaines exclusions, retrait de certaines garanties). L'Adhérent a le droit de contester ces décisions automatisées auprès d'un membre du personnel de l'Assureur qui devra tenir compte de son point de vue. Ce droit s'exerce dans les conditions fixées au sein de la Notice "Protection des données" (section 7).

XVIII - DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

L'Assuré 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 vous démarcher par téléphone, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

**Conditions Générales des prestations d'assistance**

Les présentes Conditions Générales des garanties d'assistance du contrat Protection Vie Active précisent le contenu et les limites des prestations d'assistance commercialisées auprès des clients de CARDIF-Assurances Risques Divers ayant adhéré au contrat de prévoyance BNP Paribas Protection Vie Active.

Les prestations d'assistance, définies ci-après, sont fournies par Fragonard Assurances (Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 37 207 660 euros - immatriculée sous le n°479 065 351 R.C.S. Paris - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris) et mises en œuvre par AVWP 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".

DEFINITIONS

Bénéficiaire : Adhèrent/Assuré au contrat Protection Vie Active qui a souscrit pour son propre compte ou pour le compte de laquelle le contrat Protection Vie Active a été souscrit par un tiers, son conjoint ou concubin (y compris la personne ayant conclu un PACS avec l'Assuré), non séparés, ses enfants fiscalement à charge.

Ascendant : Parents, beaux-parents de l'Adhèrent/Assuré.

Beaux-parents : il s'agit des père et mère du conjoint, du concubin ou du partenaire auquel l'Assuré est lié par un PACS, ainsi que de leur conjoint, concubin, ou partenaire de PACS respectif.

Domicile : lieu de résidence principale en France métropolitaine (y compris Corse) et Principauté de Monaco.

Accident : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat :

- le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide,
- les maladies, leurs conséquences ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes.

(à titre d'exemple, un "accident vasculaire" ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents).

Maladie : altération subite de l'état de santé médicalement constatée.

Hospitalisation : tout séjour dans un établissement hospitalier, privé ou public, prescrit médicalement. Une journée complète d'hospitalisation est définie comme une journée d'hospitalisation donnant lieu au paiement du forfait journalier hospitalier.

Hospitalisation imprévue : tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile, consécutifs à un accident ou une maladie, prescrite en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées. MONDIAL ASSISTANCE se réserve le droit de demander un

bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré se trouvant temporairement, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, sous réserve qu'au 1er jour d'arrêt de travail, l'Assuré exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée ou perçoit des allocations du Pôle Emploi.

Immobilisation imprévue : toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

MONDIAL ASSISTANCE se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Mutation Professionnelle Forcée : affectation non souhaitée ou indépendante de la volonté de l'Assuré dans un autre établissement de l'entreprise ou d'une filiale par décision unilatérale de son Employeur. Cette mutation professionnelle doit être faite sur le territoire français. Le nouveau lieu de travail doit être au moins à 100 km de l'ancien et le nouveau lieu d'habitation doit être au moins à 100 km de l'ancien. L'Assuré devra justifier au jour de l'événement d'un CDI et d'au moins une année de présence au sein de l'entreprise.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 2ème classe ou par avion en classe économique.

Territorialité : le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine (y compris Corse) et Principauté de Monaco.

Durée de validité : les prestations d'assistance sont exclusivement accordées pendant la durée de validité du contrat Protection Vie Active et de l'accord liant CARDIF-Assurances Risques Divers et MONDIAL ASSISTANCE pour la délivrance de ces prestations.



I - DES L'ADHESION

Dès l'adhésion et pendant toute la vie du contrat, **MONDIAL ASSISTANCE** met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h à 20h hors jours fériés, **MONDIAL ASSISTANCE** communique au Bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

La vie pratique

Juridique :

- Comment porter plainte ?
- A qui s'adresser en cas de litige ?
- Les conséquences juridiques inhérentes à une situation garantie par le contrat Protection Vie Active,
- En terme de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?
- En cas de veuvage : quels sont les droits concernant les biens du conjoint survivant ?
- La vente de son logement, ...

Formalités administratives :

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident : déclaration à la police, déclaration à l'assurance, déclaration à la Sécurité sociale,
- Formalités administratives et services publics.

L'emploi

La protection des droits :

- Contrat de travail,
- 35 heures,
- Conventions collectives,
- Accords d'entreprises,

L'entretien avec son employeur :

- Rupture du contrat de travail,
- Comment se faire assister,
- Les recours,
- Les indemnités,
- La négociation, ...

Les démarches en situation de chômage :

- Les administrations sociales,
- Les administrations financières,
- Les organismes départementaux.

La consommation

La vente :

- Les contrats,
- Les garanties,
- Les recours, ...

Les finances :

- Conséquences financières d'une caution,
- Les crédits, ...

Conseil Social

De nombreux événements peuvent perturber la vie quotidienne (dépendance d'un ascendant, incapacité de travail...). Il est alors rassurant de pouvoir être soutenu et écouté dans les difficultés rencontrées, quelle que soit leur nature, mais aussi conseillé quant aux démarches à entreprendre. Ce service a pour objectif d'aider le Bénéficiaire à faire face à sa nouvelle situation.

Le Conseil Social est un service d'écoute, d'information et d'orientation concernant des problématiques à caractère social.

Les assistantes sociales de **MONDIAL ASSISTANCE** évaluent la situation de l'Assuré. Cette évaluation est basée sur l'écoute active et permet d'informer rapidement et de conseiller :

- sur les principales prestations sociales existantes,

- sur les conditions d'accès aux Etablissements spécialisés et leurs financements,

- oriente les Bénéficiaires vers les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière du service et de l'accompagnement (Sécurité sociale, caisse d'allocations familiales, conseils généraux, centres communaux d'action sociale, Pôle Emploi, associations, caisse vieillesse),
- identifient les besoins de mise en relation avec des spécialistes (psychologue, prestataires d'aide à domicile...).

Le Conseil Social touche tous les domaines de la naissance au décès selon la législation en vigueur :

- Budget : **MONDIAL ASSISTANCE** pourra :

- dispenser des conseils pratiques pour l'aide à la régulation du budget familial, en tenant compte de la nouvelle situation ;
- orienter vers les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière ;
- aider à la constitution d'un dossier de surendettement.

- Famille / enfance

- Invalidité

- Maladie / accident

- Personnes seules

- Gérontologie

- Décès accidentel du conjoint

En cas de Traumatisme psychologique

Lorsque le Bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un Accident ou une Maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tout autre événement qui l'affecte psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, **MONDIAL ASSISTANCE** organise et prend en charge :

Un soutien psychologique par un psychologue clinicien qui aidera le Bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du Bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de **MONDIAL ASSISTANCE** qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le Bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de **MONDIAL ASSISTANCE** soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 5 entretiens au plus, à l'exception des situations de "Perte Totale et Irréversible d'Autonomie" pour lesquels le forfait est illimité.

Si la situation du Bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Services A La Personne

Le secteur des services à la personne est un marché réglementé par la loi du 26 juillet 2005 (dite loi "Borloo").

Les services à la personne regroupent 21 prestations, précisées par le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005, dont 20 réalisées à domicile. L'organisme de services à la personne avec lequel le Bénéficiaire sera mis en relation doit être agréé par l'Etat, afin de pouvoir profiter d'avantages fiscaux.

Service d'information et de mise en relation

Il s'agit d'une offre de mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner le demandeur dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

L'objectif de ce service est :

- De délivrer de l'information sur les services à la personne.
- De mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par **MONDIAL ASSISTANCE**.

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plateforme de service, le demandeur/Bénéficiaire choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et se



charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.

Contenu du service

Lorsque le demandeur souhaite utiliser l'un ou l'autre des services à la personne proposés ci-après, MONDIAL ASSISTANCE :

- lui fournit des informations pratiques relatives aux services à la personne (CESU, fiscalité, contenu des prestations...),
- l'aide à qualifier son besoin,
- recherche un prestataire qualifié, dont nos services ont vérifié la capacité à prendre la demande si elle venait à se confirmer, et le plus proche du lieu d'intervention souhaité.

Le demandeur/Bénéficiaire est rappelé :

- soit par le prestataire, potentiellement disponible, retenu par MONDIAL ASSISTANCE,
- soit par MONDIAL ASSISTANCE, lorsque la recherche de prestataire n'a pas abouti dans un délai de 2 jours ouvrables maximum, à compter du premier jour ouvrable suivant la demande pour les prestations mentionnées dans le catalogue au § "catalogue des prestations disponibles" et réalisées en zone urbaine, dès que possible dans les autres cas.

Si le prestataire, avec lequel le demandeur/Bénéficiaire a été mis en relation, ne convient pas, celui-ci pourra à nouveau contacter la plateforme afin d'être mis en relation avec un nouveau prestataire.

Si le Bénéficiaire établit un contrat avec le prestataire, le coût de la prestation fournie par le prestataire reste à la charge du Bénéficiaire, qui règle directement ces frais, au regard du contrat qui le lie au prestataire.

La prestation est réalisée sous la responsabilité du prestataire retenu par le demandeur.

Accès au service

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 8h à 20h, le samedi de 8h à 18h (hors jours fériés), MONDIAL ASSISTANCE enregistre la demande de mise en relation avec les prestataires de son réseau de Services à la Personne agréés "Borloo" et répond aux demandes d'information.

Les horaires de la plateforme de service sont à distinguer :

- Des horaires d'ouverture des prestataires (horaires auxquels les prestataires sont joignables).
- Des possibilités d'intervention des prestataires : certains prestataires ne sont pas joignables le soir ou le week-end mais peuvent être en mesure de réaliser des prestations pendant ces créneaux.

Catalogue des prestations disponibles

Les prestations décrites ci-dessous sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne :

- Maison et cadre de vie
 - Petit jardinage
 - Entretien de la maison
 - Petit bricolage
 - Maintenance du domicile en cas d'absence
- Famille
 - Garde d'enfants
 - Soutien scolaire
 - Assistance informatique et Internet
 - Cours pour adultes
 - Préparation des repas
- Personnes âgées et fragilisées
 - Assistance administrative à domicile
 - Garde malade adulte
 - Aide à la mobilité
 - Assistance aux personnes âgées et dépendantes
 - Assistance aux personnes handicapées

Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

■ - PERTE D'EMPLOI

Au cas de baisse de revenus consécutive à une perte d'emploi, MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

L'Aide à la Recherche d'Emploi s'adresse à tout actif cadre et non cadre en situation de recherche d'emploi.

Le Conseiller Emploi de MONDIAL ASSISTANCE forme le Bénéficiaire aux outils et techniques de recherche d'emploi. 5 entretiens téléphoniques, dans la limite de 3 mois sont à programmer en fonction de la disponibilité du Bénéficiaire.

Le Conseiller Emploi conseille le Bénéficiaire sur la conception et la rédaction de son curriculum vitae et de ses lettres de candidatures (mailing de candidatures spontanées - réponse aux annonces).

Une fois les outils CV et lettre de motivation validés, le Conseiller Emploi identifie les priorités à travailler avec le candidat :

- Travail sur les entretiens d'embauche : questions des recruteurs, simulations d'entretien, ...
- Activation des réseaux relationnels : quelle stratégie adopter pour développer son réseau ?
- Utilisation du téléphone lors des recherches d'emploi
- Ciblage du marché.

Cet atelier permet alors au Bénéficiaire d'élaborer une stratégie de recherche d'emploi efficace et dynamique.

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures (5 heures consécutives au maximum, dans la limite de 3 prises en charge).

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à :

- garder l'enfant du Bénéficiaire au domicile,
- préparer les repas,
- apporter des soins quotidiens à l'enfant.

Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Voyage aller et retour pour effectuer un entretien

Pour une entreprise dont l'implantation locale concernée est située en France métropolitaine (y compris Corse), ou Principauté de Monaco, dans la limite de 300 euros TTC et/ou 3 entretiens maximum.

■ - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Consécutive à une hospitalisation supérieure ou égale à 48h

Au cas de baisse de revenus consécutive à une incapacité de travail, MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

L'Aide ménagère à domicile

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures à répartir durant la durée de l'arrêt de travail.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas...) au domicile du Bénéficiaire.

**Le portage de repas et livraison de médicaments****• Portage de repas :**

Si besoin et sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire ou de son entourage, MONDIAL ASSISTANCE organise le portage de repas au domicile du Bénéficiaire ou de l'aident familial (hors Corse) avec un délai de mise en place de 4 jours ouvrés maximum.

Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 "déjeuners + dîners" dans la limite de 15 repas. La prestation est limitée à 3 livraisons.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, MONDIAL ASSISTANCE pourra proposer l'intervention d'une aide ménagère pour préparer les repas au domicile du Bénéficiaire dans la limite de 15 repas.

• Livraison de médicaments :

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au Bénéficiaire. MONDIAL ASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le Bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE et est accessible 24h/24, 7jours/7 dans la limite de 2 livraisons par an.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation "Présence d'un proche au chevet" ci-dessous.

La présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire et séjour à l'hôtel de la personne**• La présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire :**

voyage aller et retour, en train ou en avion, d'un proche ou d'une personne désignée par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine (y compris Corse) ou en Principauté de Monaco, qui vient à son chevet.

• Séjour à l'hôtel de la personne :

désignée au paragraphe "Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire" dans la limite de 300 euros TTC de prise en charge.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe "Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire".

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation "Portage de repas et livraison de médicaments" ci-dessus.

IV - HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H (ACCIDENT)

MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 25h.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à :

- garder l'enfant du Bénéficiaire au domicile,

- préparer les repas,

- apporter des soins quotidiens à l'enfant.

Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations "Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche" et "Présence d'un proche au domicile".

Ou

La présence d'un proche au domicile

Voyage aller et retour en train ou en avion d'un proche ou d'une personne désignée par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine (y compris Corse) ou Principauté de Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants de moins de 15 ans à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations "Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche" et "Garde au domicile des enfants ou petits enfants".

Ou

Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

Voyage aller et retour en train ou en avion jusque chez un proche désigné par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine (y compris Corse) ou Principauté de Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le Bénéficiaire ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations "Présence d'un proche au domicile" et "Garde au domicile des enfants ou petits enfants".

L'Aide ménagère à domicile

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures pouvant être réparties sur 2 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas...) au domicile du Bénéficiaire.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

Elle s'effectue :

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 200 euros TTC maximum par période d'immobilisation,

- soit chez un proche désigné par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (Article L.211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation "Présence d'un proche au chevet" ci-dessus.

Le transport du Bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile par ambulance

- de son domicile vers l'hôpital le plus proche,

- ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 100 km maximum autour de son domicile.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le Bénéficiaire s'engage à effectuer toute démarche nécessaire au recouvrement de ses frais auprès de



ces organismes et à verser à MONDIAL ASSISTANCE toute somme perçue par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par MONDIAL ASSISTANCE.

V - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Au cas de baisse de revenus consécutive à une perte irréversible d'autonomie, MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

A tout moment, le Bénéficiaire et ses proches trouveront auprès du service autonomie de MONDIAL ASSISTANCE une "écoute attentive".

Leurs demandes y seront entendues en toute confidentialité, par des professionnels de l'accueil téléphonique, animés par un esprit de disponibilité, d'écoute et de réconfort. Dans un souci de qualité, un conseiller deviendra alors leur référent et se tiendra à leur disposition pour toute demande concernant des prestations d'assistance.

Pour aider le Bénéficiaire à organiser sa vie et son environnement quotidien, réaliser certaines tâches, impossibles ou difficiles à exécuter en raison des séquelles de l'accident, MONDIAL ASSISTANCE propose au Bénéficiaire qui le souhaite des prestations adaptées à sa nouvelle situation :

Bilan de situation individuelle

MONDIAL ASSISTANCE réalise un bilan de vie pour mieux connaître le Bénéficiaire et évaluer sa situation afin de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins.

Le bilan de vie mesure le contexte dans lequel le Bénéficiaire évolue, ainsi que les ressources dont il dispose.

Il permet d'évaluer :

- les capacités physiques du Bénéficiaire,
- ses habitudes de vie,
- son environnement professionnel (situation/employeur),
- son environnement familial (composition, proximité géographique),
- la conformité du domicile à ses nouveaux besoins afin de lui proposer les prestations d'assistance qui vont améliorer son quotidien à domicile.

Il permet enfin d'évaluer si le logement du Bénéficiaire est adapté ou non à son état et d'identifier les aménagements nécessaires.

Le bilan est réalisé par téléphone avec le Bénéficiaire ou avec ses proches s'il n'est pas en mesure de répondre.

Bilan de l'habitat

Si le bilan de vie fait ressortir que des aménagements sont nécessaires pour le maintien à domicile du Bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge l'intervention d'un technicien de l'habitat pour préciser les moyens nécessaires au maintien à domicile (aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès, télé-assistance, ...) et établir un devis des travaux à effectuer.

Les aménagements qui pourraient être décidés par le Bénéficiaire ou ses proches restent à la charge du Bénéficiaire.

Ce bilan a pour objectif de déterminer l'ensemble des prestations d'assistance nécessaires compte tenu de la situation individuelle du Bénéficiaire. Il intègre les prestations auxquelles le Bénéficiaire a droit par son contrat d'assurance dépendance, mais également tous les autres services accessibles au travers de l'action sociale, sanitaire ou au titre de l'hébergement lorsque celui-ci est nécessaire.

Bilan financier

Selon les besoins détectés grâce au bilan de vie et notamment en cas de ressources insuffisantes, MONDIAL ASSISTANCE indique au Bénéficiaire et à sa famille, les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière pour faciliter l'organisation du maintien à domicile du Bénéficiaire

(mairie, département, caisses de retraite, ...) ou son admission dans une maison d'accueil.

MONDIAL ASSISTANCE informe le Bénéficiaire ou sa famille de ses droits, des prestations ou financements auxquels il peut prétendre (APA, ...), recherche les interlocuteurs adéquats, les met en contact avec la famille du Bénéficiaire et aide la famille à constituer les dossiers nécessaires.

VI - MUTATION PROFESSIONNELLE FORCEE

MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

Le déménagement

Pour faciliter le changement de domicile suite à une mutation professionnelle, sur simple appel téléphonique, MONDIAL ASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire ou sa famille avec une entreprise de déménagement du réseau spécialisé de MONDIAL ASSISTANCE ou d'une agence de location de véhicules utilitaires.

Les frais de déménagement ou de location de véhicules restent à la charge du Bénéficiaire.

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures (5 heures consécutives au maximum, dans la limite de 3 prises en charge).

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à :

- garder l'enfant du Bénéficiaire au domicile,
- préparer les repas,
- apporter des soins quotidiens à l'enfant.

Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

VII - S'OCCUPER D'UN ASCENDANT DEPENDANT

Lors d'une hospitalisation d'un ascendant dépendant

MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

L'Aide ménagère à domicile

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures à répartir durant la durée de l'arrêt de travail.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas...) au domicile du Bénéficiaire.

Le portage de repas et livraison de médicaments

• **Portage de repas :**

Si besoin et sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire ou de son entourage, MONDIAL ASSISTANCE organise le portage de repas au domicile du Bénéficiaire ou de l'aide familial (hors Corse) avec un délai de mise en place de 4 jours ouvrés maximum.

Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.



Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 "déjeuners + dîners" dans la limite de 15 repas. La prestation est limitée à 3 livraisons.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, MONDIAL ASSISTANCE pourra proposer l'intervention d'une aide ménagère pour préparer les repas au domicile du Bénéficiaire dans la limite de 15 repas.

• **Livraison de médicaments :**

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au Bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le Bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE et est accessible 24h/24, 7jours/7 dans la limite de 2 livraisons par an.

VIII - EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus :

Pour le risque Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutive à l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré :

- le congé légal de maternité ;
- des atteintes disco-vertébrales et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale dans les 3 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail ;
- des troubles anxio-dépressifs, des affections psychiatriques, la spasmophilie et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'hospitalisation de plus de 15 jours continus (hormis l'hospitalisation de jour) dans les 3 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.

Pour le risque Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutive à l'Hospitalisation Accidentelle de l'Assuré :

- des séjours tels que : cure, repos, retraite, convalescence, réadaptation, rééducation, traitements psychiatriques.

Pour le risque Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutive à la Perte d'Emploi de l'Assuré :

- des licenciements notifiés par l'employeur avant la date de prise d'effet de la garantie ;
- des licenciements pour faute grave ou lourde ;
- des licenciements ne donnant pas lieu au versement d'allocations de chômage par le Pôle Emploi ;
- des démissions y compris celles donnant droit à une prise en charge par le Pôle Emploi ;
- des ruptures conventionnelles au sens des Articles L.1237-11 et suivants du Code du travail ;
- des résiliations de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai ;
- des départs ou mises en retraite, en retraite anticipée ou en préretraite ;
- du chômage partiel ;
- des ruptures avant terme ou des arrivées à terme des contrats de travail à durée déterminée survenues dans les 2 premières années d'assurance.

Pour le risque Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutive au Décès Accidentel du Conjoint de l'Assuré, à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré et à l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré :

- les tentatives de suicide ;
- les maladies et accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de la garantie ;

- les guerres civiles ou étrangères, la participation volontaire à des crimes, des délits, des duels, des mouvements populaires, des attentats ou des émeutes, des actes de sabotage ou de piraterie. Toutefois, dans les pays de l'Union Européenne, la Suisse, l'Islande, la Norvège, les Etats-Unis, le Japon et le Canada, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements ;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, et d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome ;
- les faits intentionnels de l'Assuré et/ou de son conjoint, l'usage de médicaments ou de stupéfiants à doses non ordonnées médicalement, l'état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre), l'alcoolisme chronique ;
- à la pratique de sports aériens et/ou l'utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel naviguant des lignes commerciales régulières et de vols charters) ainsi que les compétitions de véhicules à moteur.

Pour le risque Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutive à la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré :

- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré ne justifiant pas d'un contrat de travail à durée indéterminée à la date de l'évènement ;
- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré titulaire d'un contrat à durée indéterminée depuis moins d'un an à la date de l'évènement ;
- la Mutation Professionnelle Forcée de l'Assuré quand le nouveau lieu de travail se situe à moins de 100 km de l'ancien ou quand le nouveau lieu d'habitation se situe à moins de 100 km de l'ancien.

Pour le risque Perte de Revenus et/ou Augmentation des dépenses consécutive à l'Arrêt de Travail de l'Assuré pour s'occuper d'un ascendant dépendant :

- les Arrêts de Travail dans le cadre d'un contrat à durée déterminée, d'une mission d'intérim ;
- les Arrêts de Travail de l'Assuré titulaire d'un contrat à durée indéterminée depuis moins d'un an ;
- les Arrêts de Travail pour s'occuper d'un descendant ou pour s'occuper d'un ascendant autre que les parents et les beaux-parents ;
- les Arrêts de Travail pour s'occuper d'un ascendant non titulaire de l'APA ;
- les Arrêts de Travail pour s'occuper d'un ascendant dont la première constatation médicale de l'état de dépendance est antérieure à l'adhésion au présent contrat.

IX - DISPOSITIONS GENERALES

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'évènements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site



internet du Ministère de l'Economie et des Finances (<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

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

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

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

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

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

MONDIAL ASSISTANCE se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, ...). Ce justificatif sera adressé au médecin MONDIAL ASSISTANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

La prestation "Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans" n'est pas ouverte :

- pendant les congés légaux du ou des parents ou de la nourrice employée et déclarée,
- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile.

Mise en œuvre des garanties

- Contactez-nous (24h/24) au 01 40 25 15 95

Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24).

• Veuillez nous indiquer :

- le nom et le numéro du contrat souscrit,

- les nom et le prénom du Bénéficiaire,
- l'adresse exacte du Bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le Bénéficiaire peut être joint.

X - MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

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

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante : reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 - 93488 Saint Ouen CEDEX.)

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

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Fragonard Assurances le tiendrait informé.

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

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
 LMA
 TSA 50110
 75441 Paris Cedex 09

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

XI - 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 L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

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

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré



décédé.

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

- Article 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."*
- Article L.114-3 du Code des assurances : *"Par dérogation à l'Article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci."*

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription 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.

XII - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

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

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

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

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

XIII - AUTORITE DE CONTROLE

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

XIV - LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISEE

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

BNP PARIBAS SA au capital de 2 468 663 292 € - Siège social : 16 bd des Italiens, 75009 Paris. Immatriculé sous le n° 662 042 449 RCS Paris - Identifiant CE FR76 662 042 449 - ORIAS n° 07 022 735
 CARDIF Assurances Risques Divers - Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital de 21 602 240 euros. Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 PARIS. Bureaux : 8, rue du Port - 92728 Nanterre CEDEX. Immatriculée sous le n° 308 896 547 RCS Paris.
 Fragonard Assurances - Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 37 207 660 euros - immatriculée sous le n° 479 065 351 RCS PARIS - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris
 AWP France SAS, Société de courtage d'assurances au capital de 7 584 076,86 euros, immatriculée sous le n° 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>



DECLARATION DE CONFIDENTIALITE

La sécurité de vos données personnelles nous importe

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

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

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

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

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

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et

- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

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

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

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

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

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
<ul style="list-style-type: none"> • Devis et souscription du contrat d'assurance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont nécessaires pour exécuter le contrat d'assurance auquel vous êtes partie et prendre les mesures nécessaires préalablement à la conclusion de ce contrat.
<ul style="list-style-type: none"> • Administration du contrat d'assurance (ex : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
<ul style="list-style-type: none"> • Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
<ul style="list-style-type: none"> • Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives) 	<ul style="list-style-type: none"> • Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
<ul style="list-style-type: none"> • À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes 	<ul style="list-style-type: none"> • Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
<ul style="list-style-type: none"> • Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données "à caractère personnel" et votre consentement n'est plus requis.



<ul style="list-style-type: none"> • Pour la gestion du recouvrement de créances 	<ul style="list-style-type: none"> • Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
<ul style="list-style-type: none"> • Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

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

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

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

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, 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) responsable(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.

**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. A quelle fréquence mettons nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

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