

Notice d'information

Convention d'assurance de groupe n° DI-P/092019 à adhésion facultative

TABLE DES MATIÈRES

PREAMBULE		2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES		3
LEXIQUE		3
ARTICLE 1	OBJET DE LA CONVENTION	4
ARTICLE 2	CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ	4
ARTICLE 3	ADHÉSION	5
ARTICLE 4	DURÉE DU CONTRAT	6
ARTICLE 5	PRISE D'EFFET DES GARANTIES	6
ARTICLE 6	COTISATIONS	6
GARANTIES		7
ARTICLE 7	PRÉSENTATION DES FORMULES	7
ARTICLE 8	MODIFICATION DE GARANTIE	7
ARTICLE 9	GARANTIE DÉCÈS	8
ARTICLE 10	GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL	8
ARTICLE 11	GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	9
ARTICLE 12	GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)	9
ARTICLE 13	GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)	10
ARTICLE 14	GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)	11
ARTICLE 15	OPTION « EXTENSION DE LA GARANTIE ITT »	12
ARTICLE 16	GARANTIE EXONÉRATION DES COTISATIONS	12
ARTICLE 17	OPTION « 0 JOUR HOSPI »	13
ARTICLE 18	EXCLUSIONS DE GARANTIE	13
ARTICLE 19	BÉNÉFICIAIRE	14
DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ		15
ARTICLE 20	MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ	15
ARTICLE 21	MODIFICATIONS RELATIVES AU CONTRAT	15
ARTICLE 22	DÉCLARATION DES SINISTRES	15
ARTICLE 23	CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ	16
VOS DROITS		17
ARTICLE 24	RENSEIGNEMENT - RÉCLAMATION - CONCILIATION	17
ARTICLE 25	RENONCIATION	17
ARTICLE 26	PRESCRIPTION	17
ARTICLE 27	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	18
ARTICLE 28	TRAITEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ	19
ARTICLE 29	AUTORITÉ DE CONTRÔLE DE L'ASSUREUR	19
ARTICLE 30	FONDS DE GARANTIE	19
ARTICLE 31	PROCÉDURE DE RECOURS	20
ARTICLE 32	LOI APPLICABLE	20

PRÉAMBULE

NAOASSUR PROTECT est une convention d'assurance collective à adhésion individuelle facultative, régie par le Code des assurances et relevant de la branche n°20 du Code des assurances. Elle est souscrite sous le n° DI-P/092019 au profit exclusif de ses adhérents par :

Association « Le Collège des Assurés » - régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, domiciliée au 38 rue La Condamine – 75017 – Paris.

dénommée « le souscripteur » auprès de

La Mondiale Partenaire

Membre d'AG2R LA MONDIALE

Société d'assurance sur la vie, au capital de 73 413 150 €, immatriculée au RCS de PARIS sous le n° B 313 689 713, domiciliée au 14 – 16, boulevard Malesherbes, 75379 PARIS Cedex 08.

dénommée « l'assureur ».

La convention conclue entre l'assureur et le souscripteur prend effet en date du 1^{er} Novembre 2019 et expire le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par le souscripteur ou par l'assureur par lettre recommandée au moins 3 mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation de la convention par l'une des parties, les adhésions en cours à cette date continueront à produire l'ensemble de leurs effets jusqu'à leur propre terme. Aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée au-delà de la date de résiliation.

Les clauses et conditions de la présente convention s'appliquent à tous les adhérents. D'un commun accord, le souscripteur et l'assureur peuvent modifier les droits et obligations des adhérents par avenant à la convention NAOASSUR PROTECT. Le souscripteur en informera alors les adhérents 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Digital Insure Services (RCS PARIS 815 028 162 - ORIAS n°16000192 - 38 rue La Condamine 75017 Paris) assure, par délégation de La Mondiale Partenaire, les formalités de gestion administrative, en étant notamment en charge des adhésions, de l'encaissement et du recouvrement des primes, de la gestion des polices et des sinistres.



naoassur
PROTECT



AG2R LA MONDIALE

Dispositions générales

LEXIQUE

Accident :

Atteinte corporelle non intentionnelle de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent :

C'est le signataire du contrat, il s'engage auprès de l'assureur à effectuer le versement des cotisations.

Assuré :

Personne physique sur laquelle repose le risque.

Bénéficiaire :

Personne physique ou morale qui perçoit les prestations versées par l'assureur.

Candidat à l'assurance :

Personne physique ou morale qui souhaite adhérer au contrat d'assurance.

Certificat d'adhésion :

Il définit les caractéristiques du contrat en fonction des choix exprimés par l'Adhérent sur son bulletin d'adhésion et ses formalités d'adhésion. Il précise, entre autres, le nom du bénéficiaire et les garanties accordées.

Condition générales / Notice d'information :

Les conditions générales, ensemble de clauses communes à un contrat d'assurance, sont remises sous forme de Notice d'information avant la conclusion du contrat.

Contrat :

Le contrat liant l'Adhérent et l'assureur est constitué de la présente Notice, du certificat d'adhésion, de ses annexes et formalités d'adhésion.

Consolidation :

Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration, ni vers une aggravation.

Date de conclusion du contrat :

Date apposée sur le certificat d'adhésion. L'émission par l'assureur du certificat d'adhésion matérialise la conclusion du contrat.

Date d'effet des garanties :

Date à partir de laquelle l'Adhérent a choisi de bénéficier des garanties qu'il a souscrites. Cette date sera indiquée par l'Adhérent dans le bulletin d'adhésion. Elle ne peut pas être antérieure à la date de conclusion du contrat.

Franchise :

Nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période, les prestations ne sont pas dues.

Fumeur :

Personne physique consommant des cigarettes, cigarettes électroniques, cigares, pipes ou pratiquant toute autre forme de consommation de tabac, même à titre occasionnel, ou en ayant consommé au cours des 24 derniers mois.

Homme Clé :

Toute personne jouant un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise. Il s'agit de la personne qui possède la maîtrise d'un art, d'une science ou d'une technique directement liée à l'objet social de l'entreprise ou les dirigeants effectifs des Petites et Moyennes Entreprises (PME).

Associé :

Toute personne physique détenteur de parts du capital social d'une entreprise et lié par un contrat social du fait des statuts de la société à au moins un autre associé.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Occupations de la vie courante :

Il s'agit de la capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative tous les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Sinistre :

Événement donnant lieu à garantie au titre de l'adhésion à la convention NAOASSUR PROTECT lorsque celle-ci est en vigueur : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Incapacité Temporaire Totale (ITT).

Temps partiel thérapeutique :

Reprise de l'activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique, prescrit et justifié médicalement, reconnu comme favorisant l'amélioration de l'état de santé de l'Assuré, ayant reçu l'accord du service médical de l'Assurance Maladie et étant impérativement précédé d'un arrêt de travail à temps complet.

Travailleur Non Salarié (TNS) :

les « Travailleurs Non-Salariés, non agricoles », qualifiés également de « travailleurs indépendants », regroupent trois catégories d'actifs :

- Artisans
- Commerçants et industriels
- Professions libérales

ARTICLE 1

OBJET DE LA CONVENTION

En fonction des garanties souscrites, l'adhésion à la présente convention garantit :

- en cas de décès ou de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) tels que définis ci-après, le versement d'un capital forfaitaire ;
- en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) de l'Assuré tels que définis ci-après, le versement d'un capital forfaitaire ;
- en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) de l'Assuré telle que définie ci-après, le versement d'une

indemnité journalière forfaitaire et le remboursement de tout ou partie des primes d'assurance si la garantie Exonération des cotisations telle que définie ci-après a été souscrite.

Les montants des garanties et la formule souscrite sont indiqués au certificat d'adhésion. ■

La présente convention d'assurance propose les 5 formules suivantes :

Formules	Objectif
PROTECTION PERSONNELLE	Permettre à l'Adhérent de protéger sa famille à la suite des conséquences d'un décès, d'un accident ou d'une maladie.
DROITS DE SUCCESSION	Anticiper le règlement des droits de succession par les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré.
HOMME CLÉ	Permettre à une entreprise de se prémunir contre d'éventuelles conséquences financières engendrées par le décès d'un de ses dirigeants ou de l'un de ses collaborateurs (l'Homme Clé). engendrées par le décès d'un de ses dirigeants ou de l'un de ses collaborateurs (l'Homme Clé).
TNS	Permettre à un assuré ayant le statut de travailleur non salarié de protéger sa famille à la suite des conséquences d'un décès, d'un accident ou d'une maladie.
CROISÉE ASSOCIÉS	Cette formule s'adresse aux associés détenteurs de parts d'une société détenue en association. Elle leur permet de se prémunir contre la disparition de l'un des associés en générant la trésorerie suffisante au rachat de ses parts de la société à ses héritiers.

Les formules décrites ci-dessus ne sont pas cumulables.

ARTICLE 2

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

1. L'Adhérent

Pour être admissible à l'assurance, l'Adhérent doit dans tous les cas

1. Donner son accord à utiliser la langue française dans le cadre de cette souscription et pendant toute la durée du contrat.

2. Correspondre aux caractéristiques correspondantes à la formule choisie :

Formule choisie	Caractéristiques de l'Adhérent
PROTECTION PERSONNELLE	L'Adhérent doit être une personne physique résidant en France.
DROITS DE SUCCESSION	L'Adhérent doit être une personne physique résidant en France.
HOMME CLÉ	L'Adhérent doit être une entreprise dont le siège social est situé en France.
TNS	L'Adhérent doit être une entreprise dont le siège social est situé en France.
CROISÉE ASSOCIÉS	L'Adhérent peut être une personne physique résidant en France ou une entreprise localisée sur le territoire français et dont le capital social est réparti entre au moins deux associés liés par un contrat social.

2. L'Assuré

Pour être admissible à l'assurance, l'Assuré doit dans tous les cas :

1. Être une personne physique ;
2. Être âgé à la date de conclusion du contrat :
 - a. d'au moins 18 ans ;
 - b. de moins de 75 ans pour la garanties décès ;
 - c. de moins de 66 ans pour l'option « extension de la garantie ITT » ;
 - d. de moins de 67 ans pour les garanties décès accidentel, PTIA, IPT, IPP, ITT et Exonération des cotisations.
3. Exercer une activité professionnelle rémunérée et ne pas se trouver en arrêt de travail ou invalidité par suite de maladie ou d'accident pour souscrire les garanties IPT, IPP, ITT, l'extension de la garantie ITT et l'exonération des cotisations.
4. Donner son accord à utiliser la langue française dans le cadre de cette souscription et pendant toute la durée du contrat. ■

5. Correspondre aux caractéristiques correspondantes à la formule choisie :

Formule choisie	Caractéristiques de l'Assuré
PROTECTION PERSONNELLE	L'Assuré doit résider fiscalement en France.
DROITS DE SUCCESSION	L'Assuré doit résider fiscalement en France.
HOMME CLÉ	L'Assuré doit correspondre à la définition d'Homme Clé de l'entreprise adhérente comme défini au lexique ci-dessus. Si l'Assuré n'est pas résident français, le pays de résidence est soumis à acceptation de l'assureur.
TNS	- L'Assuré doit résider fiscalement en France ; - L'Assuré doit correspondre à la définition « Travailleur Non Salarié » comme défini au lexique ci-dessus.
CROISÉE ASSOCIÉS	- L'Assuré doit résider fiscalement en France ; - L'Assuré doit correspondre à la définition d'associé comme défini au lexique ci-dessus et être lié à l'Adhérent par un contrat social.

L'assureur pourra déroger à ces limitations dans le cas où il les aura acceptées expressément à l'adhésion.

ARTICLE 3 ADHÉSION

Toute personne physique ou morale remplissant les conditions définies à l'article 2.1 du présent chapitre peut adhérer à la présente convention.

Pour cela, le Candidat à l'assurance doit impérativement faire parvenir à l'assureur les documents suivants :

- un bulletin d'adhésion dûment complété et signé ;
- un mandat de prélèvement SEPA complété et signé ;
- le projet personnalisé dûment signé par l'adhérent/assuré
- un exemplaire de la présente notice d'information ou un récépissé de remise de cette notice revêtue de sa signature ;
- une photocopie de la carte d'identité, du passeport ou d'un titre de séjour en cours de validité justifiant de son identité ;
- un relevé d'identité bancaire domicilié auprès d'un établissement français ;
- un extrait de Kbis de moins de trois mois si l'Adhérent est une entreprise ou un associé ;
- la copie des statuts en vigueur si l'Adhérent est une entreprise ou un associé.

Dans tous les cas, des formalités financières complémentaires peuvent être demandées à l'Adhérent par l'assureur.

Par ailleurs l'Assuré doit impérativement faire parvenir à l'assureur les documents suivants :

- un questionnaire médical complété et signé par l'Assuré ;
- une photocopie de la carte d'identité, du passeport ou d'un titre de séjour en cours de validité justifiant de son identité.

Dans tous les cas, des formalités médicales complémentaires

peuvent être demandées à l'Assuré. Les frais médicaux qui seraient engagés, pour la réalisation d'exams médicaux complémentaires réclamés par l'assureur seront remboursés en cas de conclusion du contrat ou de refus de la part de l'assureur. Ce remboursement se fera sur la base des tarifs en vigueur de l'assureur, disponibles sur simple demande de l'Assuré auprès du médecin-conseil de l'assureur et sur présentation de justificatifs attestant de la réalité des frais déboursés par l'Assuré.

Après examen des formalités d'adhésion, des formalités financières éventuelles et à la suite de l'évaluation du médecin conseil, l'assureur peut :

- accepter l'adhésion ;
- refuser l'adhésion. Dans ce cas une lettre de refus est envoyée au candidat à l'assurance ;
- proposer une adhésion avec une surprime et/ou une restriction de garantie. Dans ce cas, l'assureur envoie une contre-proposition d'adhésion précisant au candidat à l'assurance les garanties et le montant de sa prime. Il doit remplir, signer et retourner à l'assureur cette contre-proposition dans le délai précisé dans celle-ci. À défaut, la demande d'adhésion est considérée comme caduque.

La date de conclusion du contrat est la date qui sera apposée sur le certificat d'adhésion. L'émission par l'assureur du certificat d'adhésion matérialise la conclusion du contrat. ■

ARTICLE 4

DURÉE DU CONTRAT

1. Terme du contrat

Dans le cadre de la formule HOMME CLÉ, le contrat prend fin après une durée d'un an, expirant à la date anniversaire du contrat. Il est ensuite tacitement reconduit chaque année. L'assureur pourra déroger à cette durée d'un an dans le cas où il l'aura accepté expressément à l'adhésion. Le contrat prend fin au départ de l'assuré de l'entreprise adhérente ou en cas de rupture de son contrat travail.

Dans le cadre des autres formules, Le contrat a une durée définie par l'Adhérent lors de l'adhésion.

Dans tous les cas, le contrat prend fin au plus tôt :

- à la survenance d'un sinistre mettant fin au contrat ;
- à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 85^e anniversaire de l'Assuré ;

2. Résiliation

a. Le contrat est résilié à l'initiative de l'assureur :

- en cas de cessation du paiement des cotisations ;
- en cas d'omission de déclaration, de déclaration inexacte ou de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances ;

- en cas de non déclaration par l'Assuré d'une aggravation des risques en cours de contrat, caractérisée par une cessation de fonction, un changement d'activité professionnelle, une modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle, ou la pratique d'un nouveau sport modifiant la déclaration initiale.

b. Le contrat est résilié à l'initiative de l'Adhérent :

- Le contrat peut être résilié annuellement à l'initiative de l'Adhérent par lettre recommandée à l'assureur au moins 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion (3 mois dans le cadre de la formule HOMME CLE).

c. Le contrat est résilié à l'initiative de l'Assuré :

- Lorsque l'Assuré est différent de l'Adhérent, le contrat peut être résilié annuellement à l'initiative de l'Assuré par lettre recommandée à l'assureur au moins 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion.

3. Annulation

Le contrat est annulé en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances. ■

ARTICLE 5

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La date de prise d'effet des garanties correspond à la date précisée par l'Adhérent sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de l'acceptation de l'assureur. Les suites et conséquences de maladies ou d'accidents non déclarés avant acceptation de l'assureur, peuvent être garanties dès lors qu'après déclaration, elles ont fait l'objet d'une proposition d'accord par l'assureur. La prise d'effet des garanties ne peut intervenir antérieurement à la date de conclusion du contrat. ■

ARTICLE 6

COTISATIONS

1. Calculs des cotisations

Les cotisations sont fixées en fonction des paramètres suivants :

- la date de naissance de l'Assuré ;
- le caractère fumeur ou non de l'Assuré ;
- la classe professionnelle de l'Assuré ;
- les taux de taxe sur les conventions d'assurance en vigueur. Ils pourront être révisés de plein droit par l'assureur en cas de modification des taxes en vigueur ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables à la convention ;
- les garanties accordées avec les éventuelles surprimes et majorations.

Le montant de chaque cotisation annuelle est calculé à chaque date anniversaire de l'adhésion en fonction des garanties données par l'assureur pour l'année à venir. Ces montants figureront sur la communication annuelle.

2. Paiement des cotisations

Le montant de chaque cotisation périodique est égal au montant de la cotisation annuelle associée, divisé par le nombre de règlements choisi par an et majoré des frais d'échéance constitués des frais d'adhésion à l'association « Le Collège des assurés » et des frais de dossier. Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'Adhérent. L'Adhérent choisit sur le bulletin d'adhésion la fréquence de ses règlements.

En cas d'incident de paiement des cotisations, des frais de gestion des impayés peuvent être prélevés. Des frais de courtage supplémentaires peuvent être prélevés par votre intermédiaire d'assurance.

3. Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de cette prime, dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception à l'Adhérent, ouvrant un nouveau délai de 40 jours, au terme duquel, en cas de non-paiement de la prime échue, ainsi que des primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, le contrat sera résilié de plein droit à compter du 41^e jour.

Tous les frais subis par l'assureur du fait de la défaillance du prélèvement, seront imputés à l'Adhérent qui en assumera seul la charge.

Le cas échéant, l'assureur informera le délégataire et/ou le bénéficiaire acceptant dès le premier incident de paiement. ■

Garanties

ARTICLE 7 PRÉSENTATION DES FORMULES

Le tableau ci-dessous liste les garanties accessibles selon la formule choisie par l'Adhérent :

Formule choisie	Garanties Obligatoires		Garanties Optionnelles						
	Décès	PTIA	Décès Accidentel	IPT	IPP	ITT	Extension de la garantie ITT	Exonération des cotisations	« 0 jour Hospi »
PROTECTION PERSONNELLE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DROITS DE SUCCESSION	✓	-	-	-	-	-	-	-	-
HOMME CLÉ	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TNS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CROISÉE ASSOCIÉS	✓	✓	-	✓	-	-	-	-	-

Pour chaque adhésion, sous réserve de l'acceptation médicale par l'assureur, les garanties décès et PTIA sont obligatoires (Hors formule DROITS DE SUCCESSION où seule la garantie Décès est obligatoire).

Les garanties ITT, extension de garantie ITT, IPP, IPT, exonération des cotisations, décès accidentel et « 0 jour Hospi » sont optionnelles.

L'ensemble des garanties décrites ci-dessous s'exerce dans le monde entier dans les limites fixées à l'article 18 (Exclusion de garanties) de la présente Notice d'information. ■

ARTICLE 8 MODIFICATION DE GARANTIE

Toute demande de modification doit parvenir à l'assureur 2 mois avant la date d'échéance pour laquelle la modification doit prendre effet. Passé ce délai, la date d'effet de la modification demandée sera différée à l'échéance suivante.

a. Augmentation ou adjonction de garanties

L'Adhérent, si l'Assuré n'est pas en arrêt de travail ou en invalidité, peut demander l'adjonction ou l'augmentation d'une garantie sous réserve que l'Assuré se soumette aux formalités médicales requises. La date d'effet de la modification est, dans tous les cas, postérieure à l'acceptation de l'assureur. Un avenant est établi par l'assureur pour marquer son accord.

Pour le montant de capital supplémentaire, **le suicide n'est pas couvert la 1^{ère} année suivant la date d'effet de l'augmentation.**

b. Suppression ou réduction de garanties

En cas de suppression ou réduction de garanties, un avenant est établi par l'assureur. ■

ARTICLE 9

GARANTIE DÉCÈS

1. Définition

On entend par décès la reconnaissance par l'État français de la mort de l'Assuré.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 85^e anniversaire de l'Assuré ;

3. Prestation

a. Détermination de la prestation

En cas de décès, le montant de la garantie est égal au capital forfaitaire indiqué dans le certificat d'adhésion.

b. Versement de la prestation

En cas de décès de l'Assuré pendant la période de garantie, l'assureur verse la prestation telle que définie au point a. ci-dessus dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 22.

La prestation est versée en une seule fois au bénéficiaire. La survenance du sinistre met fin au contrat.

c. Revalorisation des prestations dues en cas de décès

Si le bénéficiaire est une personne physique, la revalorisation est prévue à l'article L.132-5 du Code des assurances jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations.

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations, suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'Assuré et jusqu'à la date de réception par l'assureur des pièces justificatives, il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 10

GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

1. Définition

On entend par décès accidentel tout décès de l'Assuré à la suite d'une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure. Le décès de l'Assuré doit être reconnu par l'État français.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 70^e anniversaire de l'Assuré.

3. Prestation

a. Détermination de la prestation

En cas de décès accidentel, la prestation versée représente une majoration comprise entre 50% et 500% du capital.

Cette garantie ne peut excéder 1 500 000€.

b. Versement de la prestation

En cas de décès accidentel de l'Assuré pendant la période de garantie, l'assureur verse la prestation telle que définie au point a. ci-dessus dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 22.

La prestation est versée en une seule fois au bénéficiaire. La survenance du sinistre met fin au contrat.

c. Revalorisation des prestations dues en cas de décès

Si le bénéficiaire est une personne physique, la revalorisation est prévue à l'article L.132-5 du Code des assurances jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations.

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations, suivant les modalités prévues ci-après. A compter de la date du décès de l'Assuré et jusqu'à la date de réception par l'assureur des pièces justificatives, il sera ac-

cordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 11

GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

1. Définition

Est en état de PTIA, tout assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, est reconnu par une autorité médicale dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain et profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir 3 des 4 actes de la vie quotidienne, cités ci-après :

- Satisfaire à son hygiène corporelle : capacité à se laver dans une baignoire ou une douche ou de faire sa toilette à l'éponge,
- Se nourrir : capacité de préparer les aliments mis à disposition et de les manger,
- Se déplacer : capacité de se lever d'un lit ou d'une chaise, de se coucher et de s'asseoir et être capable de sortir de son domicile y compris en utilisant les moyens adaptés,
- S'habiller : capacité de mettre ou d'enlever ses vêtements.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 67^e anniversaire de l'Assuré.

3. Prestation

a. Détermination de la prestation

En cas de PTIA, le montant de la garantie est égal au capital forfaitaire indiqué dans le certificat d'adhésion.

Le capital n'est pas dû si la consolidation de la PTIA est acquise après que l'Assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse ou au plus tard après la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 67^e anniversaire de l'Assuré, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieur.

b. Versement de la prestation

En cas de PTIA de l'Assuré pendant la période de garantie, l'assureur verse la prestation telle que définie au point a. ci-dessus dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 22.

La prestation est versée en une seule fois au bénéficiaire. La survenance du sinistre met fin au contrat. ■

ARTICLE 12

GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

1. Définition

Est en état d'Invalidité Permanente Totale (IPT), tout assuré qui, à la suite d'une maladie ou un accident et après consolidation de son état, justifie un taux d'invalidité « N » supérieur ou égal à 66 %.

- Pour l'Assuré exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre, le degré de cette invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale. Le taux «N» est calculé de manière pondérée en fonction du taux d'inva-

lidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'Assuré, conformément à la formule ci-dessous :

$$N = \sqrt[3]{a^2 \times b}$$

- « a » représente le taux d'invalidité fonctionnelle. Il correspond aux déficits des fonctions physiologiques liés aux atteintes corporelles physiques et/ou psychiques de l'Assuré, et s'apprécie en référence au barème Droit Commun du Concours Médical dans sa version la plus récente, abstraction faite de toute considération professionnelle ;

- « b » représente le taux d'invalidité professionnelle. Il s'apprécie en fonction des répercussions des déficits des fonctions physiologiques sur l'exercice de la profession habituelle déclarée au moment des faits, en fonction des capacités professionnelles restantes et tenant compte :
- d'une part, de la façon dont elle était exercée avant la survenance de l'affection ;

- d'autre part, des conditions d'exercice normal de cette profession et des possibilités de reclassement de l'Assuré (abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente). ■

Le tableau ci-dessous propose une série de taux d'invalidité pondérée. Des taux intermédiaires peuvent bien entendu être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple dans ce tableau.

EXEMPLES DE TAUX D'INVALIDITÉ PONDÉRÉE

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10,00 %	15,87 %	20,80 %	25,20 %	29,24 %	33,02 %	36,59 %	40,00 %	43,27 %	46,42 %
20 %	12,60 %	20,00 %	26,21 %	31,75 %	36,84 %	41,60 %	46,10 %	50,40 %	54,51 %	58,48 %
30 %	14,42 %	22,89 %	30,00 %	36,34 %	42,17 %	47,62 %	52,78 %	57,69 %	62,40 %	66,94 %
40 %	15,87 %	25,20 %	33,02 %	40,00 %	46,42 %	52,42 %	58,09 %	63,50 %	68,68 %	73,68 %
50 %	17,10 %	27,14 %	35,57 %	43,09 %	50,00 %	56,46 %	62,57 %	68,40 %	73,99 %	79,37 %
60 %	18,17 %	28,85 %	37,80 %	45,79 %	53,13 %	60,00 %	66,49 %	72,69 %	78,62 %	84,34 %
70 %	19,13 %	30,37 %	39,79 %	48,20 %	55,93 %	63,16 %	70,00 %	76,52 %	82,77 %	88,79 %
80 %	20,00 %	31,75 %	41,60 %	50,40 %	58,48 %	66,04 %	73,19 %	80,00 %	86,54 %	92,83 %
90 %	20,80 %	33,02 %	43,27 %	52,42 %	60,82 %	68,68 %	76,12 %	83,20 %	90,00 %	96,55 %
100 %	21,54 %	34,20 %	44,81 %	54,29 %	63,00 %	71,14 %	78,84 %	86,18 %	93,22 %	100,00 %

Exemple : Après examen, le médecin expert retient un taux d'invalidité professionnelle de 60 % et un taux d'invalidité fonctionnelle de 50 %. En application de la formule ci-dessus, le taux d'invalidité pondérée sera de 53,13 %.

- Pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, le degré « N » d'invalidité correspond aux déficits des fonctions physiologiques liés aux atteintes corporelles physiques et/ou psychiques de l'Assuré, et s'apprécie en référence au barème Droit Commun du Concours Médical dans sa version la plus récente, abstraction faite de toute considération professionnelle.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 67^e anniversaire de l'Assuré.

3. Prestations

a. Détermination des prestations

En cas d'IPT, le montant de la garantie est égal au capital forfaitaire indiqué dans le certificat d'adhésion.

b. Versement des prestations

En cas d'IPT de l'Assuré pendant la période de garantie, l'assureur verse la prestation telle que définie au point a. ci-dessus dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 22.

La prestation est versée en une seule fois au bénéficiaire. La survenance du sinistre met fin au contrat. ■

ARTICLE 13

GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

1. Définition

Est en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'Assuré, qui à la suite d'une maladie ou d'un accident, et après consolidation de son état, présente un taux d'invalidité « N » supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

- Pour l'Assuré exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre, le degré de cette invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale. Le taux «N» est calculé de manière pondérée en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'Assuré, conformément à la formule ci-dessous :

$$N = \sqrt[3]{a^2 \times b}$$

- « a » représente le taux d'invalidité fonctionnelle. Il correspond aux déficits des fonctions physiologiques liés aux atteintes corporelles physiques et/ou psychiques de l'Assuré, et s'apprécie en référence au barème Droit Commun du Concours Médical dans sa version la plus récente, abstraction faite de toute considération professionnelle ;
- « b » représente le taux d'invalidité professionnelle. Il s'apprécie en fonction des répercussions des déficits des fonctions physiologiques sur l'exercice de la profession habituelle déclarée au moment des faits, en fonction des capacités professionnelles restantes et tenant compte :
- d'une part, de la façon dont elle était exercée avant la survenance de l'affection ;

- d'autre part, des conditions d'exercice normal de cette profession et des possibilités de reclassement de l'Assuré (abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Pour plus de précision concernant le calcul du taux N, se référer au tableau « Exemples de taux d'invalidité pondéré » présent à l'article 12.

- Pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, le degré « N » d'invalidité correspond aux déficits des fonctions physiologiques liés aux atteintes corporelles physiques et/ou psychiques de l'Assuré, et s'apprécie en référence au barème Droit Commun du Concours Médical dans sa version la plus récente, abstraction faite de toute considération professionnelle.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 67^e anniversaire de l'Assuré.

3. Prestations

a. Détermination des prestations

En cas de reconnaissance par l'assureur d'IPP avec un taux d'invalidité de l'Assuré supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, l'assureur versera un capital forfaitaire correspondant à 50 % du capital forfaitaire accordé en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT).

b. Versement des prestations

En cas d'IPP de l'Assuré pendant la période de garantie, l'assureur verse la prestation telle que définie au point a. ci-dessus dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 22.

La prestation est versée en une seule fois au bénéficiaire. Le versement de l'indemnité au titre de l'IPP ne met pas un terme au contrat. Le montant cumulé des prestations versées dans le cadre des garanties IPT et IPP ne peut excéder celui du capital décès indiqué dans le certificat d'adhésion.

c. Montant maximum d'indemnisation

Les prestations versées dans le cadre de la garantie IPP sont limitées à 1 000 000 euros. ■

ARTICLE 14 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

1. Définition

L'Assuré exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) s'il se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie garanti(e), temporairement dans l'impossibilité physique complète, continue et médicalement reconnue de se livrer à l'exercice de sa profession.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT) s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou à une maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre les occupations de la vie courante.

L'Incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 67^e anniversaire de l'Assuré.

3. Prestations

a. Détermination des prestations

Un délai de franchise de 90 jours est appliqué : le délai de franchise est absolu, aucune indemnité journalière ne fera l'objet d'une prise en charge par l'assureur avant son expiration.

Après reconnaissance par l'assureur d'une ITT d'une durée supérieure au délai de franchise, le montant de la garantie journalière est égal à l'indemnité forfaitaire indiquée dans le certificat d'adhésion.

Pour les Assurées en congé maternité et/ou en congé parental d'éducation, une période de franchise est appliquée pour la garantie ITT jusqu'à la reprise théorique du travail sans être inférieure à la durée de franchise de 90 jours.

b. Versement des prestations

La prestation interviendra au lendemain du délai de franchise, à la suite de la réception de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 22.

La prestation est versée chaque mois tant que l'Assuré se trouve en état d'ITT telle que définie ci-avant.

Dans le cadre d'une reprise de son activité professionnelle à temps partiel thérapeutique par l'Assuré en ITT, titulaire d'un contrat de travail de droit français, l'assureur n'applique pas de nouvelle période de franchise et verse les indemnités journalières à hauteur de 50 % du montant garanti tel qu'indiqué dans le certificat d'adhésion pendant 180 jours maximum.

c. Montant maximum d'indemnisation

Les prestations versées dans le cadre de la garantie ITT sont limitées à 1 000 euros par jour.

d. Fin des prestations

Les prestations cessent de plein droit d'être versées au plus tôt :

- à la date où l'Assuré reprend ou est apte à reprendre son activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard à l'âge de 67 ans ;
- à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 67^e anniversaire de l'Assuré ;
- si la durée de 1 095 jours consécutifs maximum depuis le premier jour d'arrêt de travail est atteinte ;
- si la durée de 180 jours en cas de prise en charge du temps partiel thérapeutique est atteinte ;

e. Rechute

En cas de rechute, les nouveaux arrêts de travail dus à la même cause et pour la même affection qui interviennent moins de 60 jours après la reprise d'activité professionnelle

ou moins de 60 jours après que l'Assuré ait été déclaré apte à reprendre son activité professionnelle et sous réserve que l'adhésion soit en vigueur, l'assureur considère pour le versement des prestations, qu'il s'agit d'un seul et même arrêt de travail, sans appliquer à nouveau le délai de franchise.

Par conséquent, il y aura application de la franchise :

- pour toute rechute intervenant plus de 60 jours après la reprise totale d'activité professionnelle ou

- plus de 60 jours après que le salarié ait été déclaré apte à reprendre son activité professionnelle,
- pour toute affection intervenant moins de 60 jours après la reprise d'activité professionnelle pour une cause et/ou une affection différente des arrêts antérieurs. ■

ARTICLE 15

OPTION « EXTENSION DE LA GARANTIE ITT » _____

1. Définition

Cette option permet d'augmenter l'âge de terme de la garantie ITT. Elle est proposée uniquement au moment de la souscription de la garantie ITT. Elle doit être souscrite avant le 66^e anniversaire de l'Assuré.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 70^e anniversaire de l'Assuré.

3. Prestations

a. Détermination et le versement des prestations

La détermination et le versement des prestations sont formulés de la même façon qu'en l'ITT (ci-dessus).

b. Fin des prestations

Les modalités de fin de prestations sont identiques à celle de l'ITT, hormis les suivantes :

- la durée de 1095 jours est réduite à 365 jours en cas de sinistre survenu entre le 67^e anniversaire de l'Assuré et l'échéance suivant son 70^e anniversaire ;
- les prestations cessent de plein droit d'être versées à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 70^e anniversaire de l'Assuré. ■

ARTICLE 16

GARANTIE EXONÉRATION DES COTISATIONS _____

1. Définition

La garantie exonération des cotisations permet le versement d'une prestation équivalente au montant de la prime d'assurance prélevée.

Peut bénéficier de la garantie Exonération des cotisations, l'Assuré qui est en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) telle que définie à l'article 14. A ce titre, cette garantie ne peut être souscrite qu'en cas de souscription conjointe avec l'ITT.

2. Terme de la garantie

La garantie prendra fin au plus tard à la date anniversaire de prise d'effet des garanties qui suit le 67^e anniversaire de l'Assuré.

3. Prestation

a. Détermination des prestations

Un délai de franchise de 90 jours est appliqué : le délai de franchise est absolu, aucune indemnité journalière ne fera l'objet d'une prise en charge par l'assureur avant l'expiration des 90 jours.

En cas d'ITT de plus de 90 jours, le montant de la garantie journalière est égal à 1/365^e de la prime annuelle d'assurance.

b. Versement des prestations

La prestation interviendra au 91^e jour d'arrêt de travail, à la suite de la réception de l'ensemble des pièces justificatives

visées à l'article 22. La prestation est versée chaque mois tant que l'Assuré se trouve en état d'ITT telle que définie ci-avant.

c. Fin des prestations

Les prestations cessent de plein droit d'être versées dès que les prestations liées à la garantie ITT cesseront d'être versées.

d. Rechute

En cas de rechute, les nouveaux arrêts de travail dus à la même cause et pour la même affection qui interviennent moins de 60 jours après la reprise d'activité professionnelle ou moins de 60 jours après que l'Assuré ait été déclaré apte à reprendre son activité professionnelle et sous réserve que l'adhésion soit en vigueur, l'assureur considère pour le versement des prestations, qu'il s'agit d'un seul et même arrêt de travail, sans appliquer à nouveau le délai de franchise.

Par conséquent, il y aura application de la franchise :

- pour toute rechute intervenant plus de 60 jours après la reprise totale d'activité professionnelle ou plus de 60 jours après que le salarié ait été déclaré apte à reprendre son activité professionnelle,
- pour toute affection intervenant moins de 60 jours après la reprise d'activité professionnelle pour une cause et/ou une affection différente des arrêts antérieurs. ■

ARTICLE 17

OPTION « 0 JOUR HOSPI »

1. Définition

L'option « 0 jour Hospi » permet de lever les conditions d'hospitalisation mentionnées à l'article 18 du présent contrat, sauf stipulation contraire figurant au certificat d'adhésion, résultant :

- D'atteintes discales et /ou vertébrales ;
 - Des conséquences de maladies psychiques ou nerveuses ;
- L'option « 0 jour Hospi » n'est accessible qu'au moment de la souscription des garanties ITT, IPT et/ou IPP.

2. Terme de la garantie

Le terme de la garantie dépend de la garantie ITT, IPT ou IPP souscrite.

3. Prestations

Les prestations dépendent de la garantie ITT, IPT ou IPP souscrite. ■

ARTICLE 18

EXCLUSIONS DE GARANTIE

Les garanties Décès, PTIA, IPT, IPP et ITT ne sont pas couvertes lorsque le sinistre résulte :

- du suicide ou des conséquences d'une tentative de suicide, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ;
- des conséquences d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute autre personne à qui l'assurance profiterait, même indirectement ;
- d'un accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- des conséquences d'accidents ou de maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date de conclusion du contrat et qui n'auraient pas été signalées à l'adhésion, ainsi que de celles ayant fait l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion ;
- des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations d'acrobaties, de raids, de vols d'essai ou de vols sur prototypes, vols autogires, records ou tentatives de record ;
- des conséquences d'un accident terrestre ou maritime au cours duquel l'Assuré serait reconnu responsable, lorsque la concentration d'alcool dans son sang ou dans l'air expiré est égale ou supérieure au taux fixé de manière législative ou réglementaire et définissant une contravention à la date du sinistre au sens de la législation française ;
- de la détention, la possession ou la manipulation d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ainsi que les conséquences d'une participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage, d'émeutes ou mouvements populaires, de rixes (sauf cas de légitime défense), de crimes et délits ou de paris ;
- de l'usage de drogue, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ;
- des conséquences de guerre ou de faits de guerre ;
- des événements causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants.

Pour tout déplacement ou séjour à titre professionnel en dehors de l'Union Européenne, la Suisse, la Norvège, les États-Unis, le Canada, la Nouvelle Zélande, l'Islande, l'Australie, le Japon ou Singapour, les conséquences directes ou indirectes des événements suivants sont exclues des garanties du contrat : guerre civile ou étrangère, conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires.

L'exclusion relative à la territorialité des garanties peut éventuellement être levée ou rachetée par le biais d'une surprime, à la demande expresse de l'Assuré sous réserve d'informations précises permettant à l'assureur d'en évaluer le risque. Dans ce cas, les documents contractuels émanant de l'assureur en porteront mention expresse.

Les garanties PTIA, IPT, IPP et ITT ne sont pas couvertes lorsque le sinistre résulte :

- de la participation à des courses, compétitions ou essais préparatoires comportant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur ainsi que toute tentative de record.

L'exclusion peut éventuellement être levée par le biais d'une surprime, sous réserve d'informations précises permettant à l'assureur d'en évaluer le risque.

- des conséquences de la pratique professionnelle de tout sport ;
- des conséquences de la pratique en qualité d'amatour, même à titre occasionnel, des sports suivants :
 - tout sport aérien, base jump ou saut à l'élastique, voltige, parachutisme en chute libre, sky surf,
 - plongée sous-marine avec bouteille, d'une profondeur supérieure à 40 mètres, plongée en apnée supérieure à 20 mètres, navigation maritime à voile au sens de la législation française de 60 milles nautiques d'un abri côtier pour une pratique en groupe et au-delà de 1 mile pour une pratique en solitaire, offshore, inshore, course de bateau, d'hydroglisseur ou d'aérogilisseur,
 - saut à ski sur tremplin, ski extrême ou acrobatique ou free style, ski bob, ski alpin ou snow-board hors-pistes balisées, raid alpin, bobsleigh, skeleton, spéléologie, canyoning, alpinisme en solitaire, en groupe hors des sentiers balisés ou en groupe sur sentiers balisés à plus de 4 000 mètres d'altitude, varappe et escalade,
 - boxe anglaise, boxe arabe, boxe thaïlandaise,

- course sur circuit ou piste et course de côte lorsque ces courses nécessitent l'utilisation d'un appareil à moteur, rallye, raid tout terrain,
- voltige équestre, rodéo, tauromachie, safari,
- zorbing, vélo tout terrain de descente,
- rugby et football américain.

Les sports et activités exclus ci-avant sont couverts s'ils sont pratiqués sous la responsabilité d'un professionnel autorisé, et à titre occasionnel dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation.

L'exclusion relative à la pratique d'un sport peut éventuellement être levée ou rachetée par le biais d'une surprime, à la demande expresse de l'Assuré et sous réserve d'informations précises permettant à l'assureur d'en évaluer le risque.

En outre, la participation à des compétitions, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'Assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'un engin à moteur ou d'une arme) ou

toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat rémunéré doit être déclarée à l'assureur et peut faire l'objet d'une tarification adaptée et / ou d'une restriction de garantie. En cas de non-déclaration ou de refus de la proposition de tarification par l'Adhérent, la pratique de ces activités est exclue des garanties.

Sont également exclues des garanties IPT, IPP et ITT :

- les accidents ou maladies qui sont du fait volontaire de l'Assuré ;
- les atteintes discales et / ou vertébrales sauf si elles ont nécessité une hospitalisation d'au moins 10 jours consécutifs ;
- les conséquences de maladies psychiques ou nerveuses qui n'entraînent pas une hospitalisation d'au moins 10 jours consécutifs sauf si l'Assuré a été placé sous le régime de la tutelle ou de la curatelle ou qu'il a fait l'objet d'une mise sous sauvegarde de justice. ■

ARTICLE 19 BÉNÉFICIAIRE

1. Formule PROTECTION PERSONNELLE

Pour les garanties décès toutes causes, PTIA, IPT et décès accidentel, l'Adhérent peut désigner différents bénéficiaires au niveau du bulletin d'adhésion.

Conformément à la réglementation, l'Adhérent peut désigner le bénéficiaire au moment de l'adhésion ou ultérieurement. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque cette dernière n'est plus appropriée, l'Adhérent peut la modifier à son gré. Le bénéficiaire a la possibilité de confirmer à tout moment à l'assureur avec l'accord de l'Adhérent, qu'il accepte cette désignation : il la rend ainsi irrévocable. **Dans ce cas, l'Adhérent ne pourra plus, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, disposer de son contrat en modifiant la clause bénéficiaire.**

Pour les garanties IPP et ITT, le bénéficiaire est obligatoirement l'Adhérent.

Pour la garantie Exonération, les prestations seront versées uniquement sur le compte bancaire sur lequel les cotisations du contrat sont prélevées.

2. Formule TNS

Pour les garanties Décès, PTIA, IPT et Décès accidentel, l'Assuré peut désigner différents bénéficiaires au niveau du bulletin d'adhésion.

Conformément à la réglementation, l'Assuré peut désigner le bénéficiaire au moment de l'adhésion ou ultérieurement. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque cette dernière n'est plus appropriée, l'Assuré peut la modifier à son gré. Le bénéficiaire a la possibilité de confirmer à tout moment à l'assureur avec l'accord de l'Assuré, qu'il accepte cette désignation : il la rend ainsi irrévocable. **Dans ce cas, l'Assuré ne pourra plus, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, disposer de son contrat en modifiant la clause bénéficiaire.**

Pour les garanties IPP et ITT, le bénéficiaire est obligatoirement l'Assuré.

Pour la garantie Exonération, les prestations seront versées uniquement sur le compte bancaire sur lequel les cotisations du contrat sont prélevées.

3. Formule DROITS DE SUCCESSION

Conformément à la Réglementation, l'adhérent peut désigner le bénéficiaire au moment de l'adhésion ou ultérieurement. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque cette dernière n'est plus appropriée, l'adhérent peut la modifier à son gré. Le bénéficiaire a la possibilité de confirmer à tout moment à l'assureur avec l'accord du souscripteur, qu'il accepte cette désignation : il la rend ainsi irrévocable. Dans ce cas, l'adhérent ne pourra plus, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, disposer de son contrat en modifiant la clause bénéficiaire.

4. Formule HOMME CLÉ

Par défaut, le bénéficiaire est l'entreprise Adhérente. Cette désignation est irrévocable.

Sous réserve d'acceptation par l'assureur, l'entreprise Adhérente peut déléguer le profit du contrat auprès d'un tiers. Dans ce cas, elle fait son affaire de la fiscalité qu'elle appliquera au présent contrat.

5. Formule CROISÉE ASSOCIÉS

Adhérent personne physique : Pour les garanties décès toutes causes, PTIA et IPT l'Adhérent peut désigner différents bénéficiaires au moment de l'adhésion.

Adhérent personne morale : Pour les garanties décès toutes causes, PTIA et IPT l'Assuré peut désigner différents bénéficiaires au moment de l'adhésion.

Le ou les bénéficiaire(s) doivent obligatoirement être associé(s) légalement au titre d'un contrat social avec l'Assuré. ■

Déclarations de l'assuré

ARTICLE 20

MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

Dans le cas d'une déclaration tardive préjudiciable à l'assureur, ce dernier sera en droit de réclamer le montant des prestations correspondant à sa perte. En cas d'omission préjudiciable à l'assureur, le montant des prestations sera calculé sur la base des dernières informations connues de celui-ci avant le sinistre.

La présentation de nouveaux risques, en cas de cessation de fonction, changement d'activité professionnelle, modification d'exercice de la profession indiquée au certificat d'adhésion, de modification des pratiques sportives ou de changement de domicile, doit être déclarée dans un délai de 30 jours à l'assureur soit en ligne via l'espace client sécurisé soit par lettre recommandée, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

Lorsque cette modification constitue une aggravation de risque

telle que si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de l'adhésion, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur pourra :

- soit dénoncer le contrat,
- soit proposer un nouveau montant de prime et/ou adapter les garanties du contrat.

Les aggravations ou diminutions des risques découlant de l'état de santé de l'Assuré ne sont cependant pas concernées par ces dispositions.

Néanmoins, l'Assuré est tenu d'informer l'assureur de toute modification de son état de santé, constaté entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de conclusion du contrat, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé. **À défaut, l'Assuré et l'Adhérent s'exposent à l'annulation de l'adhésion. ■**

ARTICLE 21

MODIFICATIONS RELATIVES AU CONTRAT

L'Adhérent est tenu d'informer l'assureur, soit en ligne via l'espace client sécurisé soit par lettre recommandée avec avis de réception, **de toutes les modifications relatives au contrat, en cas de départ de l'Assuré, de modification de ses fonctions ou de modification du niveau de garantie adéquate.**

L'assureur se réserve alors le droit de modifier les caractéristiques de l'adhésion ou de dénoncer le contrat.

Dans le cas d'une déclaration tardive préjudiciable à l'assureur, ce dernier sera en droit de réclamer le montant des prestations correspondant à sa perte.

En cas d'omission préjudiciable à l'assureur, le montant des prestations sera calculé sur la base des dernières informations connues de celui-ci avant le sinistre.

En cas d'omission préjudiciable à l'assureur, le montant des prestations sera calculé **sur la base des dernières informations connues de celui-ci avant le sinistre. ■**

ARTICLE 22

DÉCLARATION DES SINISTRES

Pour bénéficier d'une reconnaissance par l'assureur, le sinistre devra être constaté en France ou dans un autre État par un médecin accrédité auprès de l'ambassade de France ou d'un consulat français.

En cas de refus de prise en charge de la prestation, l'assureur informera du motif de son refus.

L'Adhérent et/ou l'Assuré doivent remettre à l'assureur toutes les pièces justificatives requises ci-dessous.

En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles. La transmission des pièces médicales doit se faire sous pli confidentiel adressé au médecin conseil de l'assureur.

L'appréciation par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale,

Invalidité Permanente Partielle ou d'Incapacité Temporaire de Travail n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme social.

1. En cas de Décès

La déclaration doit comporter :

- l'acte de décès de l'Assuré (ou extrait de cet acte) précisant son année de naissance ;
- un certificat médical précisant la nature et l'origine de la maladie ou de l'accident qui a causé le décès ;
- le procès-verbal de police ou de gendarmerie en cas de décès accidentel y compris les rapports d'analyses d'alcoolémie et toxicologique.

2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La déclaration doit comporter :

- un certificat délivré par le médecin traitant, précisant la cause, l'évolution, la durée et les suites de la maladie ou de la lésion corporelle ayant entraîné la PTIA, ainsi que le taux de l'invalidité permanente ;
- toute pièce demandée par l'assureur pour la justification de l'état de PTIA ainsi que, si elle existe, une reconnaissance de l'état de PTIA et de prise en charge financière d'un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif si l'origine est accidentelle y compris les rapports d'analyses d'alcoolémie et toxicologique.

3. En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP)

a. Pour les Assurés exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre :

La déclaration doit comporter :

- un certificat délivré par le médecin traitant, précisant la nature et l'origine de l'invalidité, les dates de survenance, de première constatation médicale et de consolidation ;
- tout document émanant du régime d'assurance obligatoire et justifiant de l'indemnisation correspondante.

Les taux d'invalidité permanente fonctionnelle et professionnelle sont fixés d'après le barème Droit Commun du Concours Médical dans sa version la plus récente.

b. Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre :

La déclaration doit comporter :

- un certificat délivré par le médecin traitant, précisant la nature et l'origine de l'invalidité, les dates de survenance, de première constatation médicale et de consolidation ;
- tout document émanant du régime d'assurance obligatoire et justifiant de l'indemnisation correspondante.

Les prestations seront versées sous condition de réception par l'assureur des documents précédemment mentionnés.

4. En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

a. Pour les Assurés exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre

Tout arrêt de travail d'une durée supérieure au délai de franchise choisi par l'Adhérent doit faire l'objet d'une déclaration à l'assureur dans un délai maximal de 30 jours à compter du lendemain du dernier jour de franchise.

Si la déclaration est faite au-delà de ce délai de 30 jours, le début de la période de franchise ainsi que le début de la prise en

charge du sinistre par l'assureur seront retardés d'un nombre de jours égal au nombre de jours écoulés entre l'expiration de ce délai de 30 jours et la date de déclaration du sinistre.

La déclaration doit comporter :

- les avis d'arrêt de travail (initial et prolongations) ;
- Les décomptes d'indemnités journalières du régime obligatoire ;
- un certificat délivré par le médecin traitant, précisant la nature et l'origine de l'incapacité, la maladie ou de la lésion corporelle ;
- une justification d'arrêt de travail d'une durée supérieure au délai de franchise choisi par l'Adhérent et précisant la date du premier jour d'arrêt ;
- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail le cas échéant.
- en cas d'adhésion à « l'Extension de la garantie ITT », un certificat de travail doit être fourni après le 67e anniversaire de l'Assuré.

b. Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre

Pour toute constatation médicale d'ITT d'une durée supérieure au délai de franchise choisi par l'Adhérent, la déclaration d'ITT doit être transmise à l'assureur dans un délai maximal de 30 jours à compter du dernier jour du délai de franchise.

Si la déclaration est faite au-delà de ce délai de 30 jours, le début de la période de franchise ainsi que le début de la prise en charge du sinistre par l'assureur seront retardés d'un nombre de jours égal au nombre de jours écoulés entre l'expiration de ce délai de 30 jours et la date de déclaration du sinistre.

La déclaration doit comporter :

- tout document émanant du régime d'assurance obligatoire justifiant de l'indemnisation correspondante éventuelle ;
- un certificat délivré par le médecin traitant :
 - précisant la date de survenance, la nature et l'origine de l'incapacité, la maladie ou de la lésion corporelle ;
 - justifiant l'interruption réelle et complète des occupations de la vie courante d'une durée supérieure au délai de franchise choisi par l'Adhérent, et la date de constatation de cette interruption.

Si l'incapacité se poursuit sans interruption, l'Assuré devra fournir chaque mois, à compter de la première déclaration d'incapacité, un certificat médical justifiant la continuité de son état d'ITT. L'Assuré devra également aviser l'assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, de la date à laquelle aura cessé son incapacité.

À défaut d'avoir fourni ces différents justificatifs, l'Assuré sera considéré comme n'étant plus en ITT et le versement des prestations par l'assureur sera interrompu. ■

ARTICLE 23

CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ

Pendant la période de mise en jeu des garanties, l'Assuré doit immédiatement déclarer par écrit à l'assureur, sous peine d'une déchéance des droits aux prestations, toute reprise même partielle d'activité professionnelle.

L'assureur peut effectuer, à tout moment, les contrôles qu'il juge nécessaires auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater la réalité de son état. En outre, pour apprécier le

bien-fondé de la mise en jeu des garanties, l'assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à un examen médical auprès d'un médecin indépendant qu'il désignera à cet effet.

Sauf cas de force majeure, le refus du libre accès auprès de l'Assuré des médecins et des délégués de l'assureur entraîne la suspension de la garantie. ■

Vos droits

ARTICLE 24

RENSEIGNEMENT - RÉCLAMATION – CONCILIATION

Pour tout renseignement relatif à son contrat, l'Adhérent peut s'adresser à son conseiller habituel.

Si la réponse ne le satisfait pas, il peut alors adresser sa réclamation via son Espace client sécurisé ou par courrier à Naoassur Protect - Service Réclamation - 38 rue La Condamine - 75017 - Paris.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée, l'Adhérent pourrait, sans renoncer aux autres voies d'action légales, faire appel au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE en lui adressant un courrier expliquant l'objet de son désaccord à l'adresse suivante : Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE - 32, avenue Émile Zola - Mons-en-Baroeul - 59896 Lille cedex 9.

Si le différend persiste l'Adhérent peut, sans renoncer aux autres voies d'actions légales, demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en écrivant à l'adresse suivante :

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

Les modalités de recours à la Médiation de l'Assurance sont disponibles sur le site internet : <http://www.médiation-org>. Ce recours est gratuit. Le Conciliateur et le Médiateur exercent leur mission en toute indépendance. ■

ARTICLE 25

RENONCIATION

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception (LRAR) dans un délai de 30 jours à compter du paiement de la première prime, en utilisant par exemple le modèle suivant :

« Messieurs,

J'ai l'honneur de vous faire connaître, qu'usant de la faculté prévue par l'article L.132-5-1 du Code des assurances, je renonce à donner suite à mon adhésion n°..... à la convention NAOASSUR PROTECT n°DI-P/092019 signée en date du et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées ou prélevées dans un

délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre. Fait à le..././.... Signature »

Ce courrier devra être envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception à Naoassur Protect - 38 rue La Condamine - 75017 - Paris.

La renonciation met fin à l'adhésion et aux engagements de l'assureur qui restituera l'intégralité des sommes versées à l'Adhérent dans le délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec avis de réception. ■

ARTICLE 26

PRESCRIPTION

Toutes actions qui se rapportent à la présente adhésion ne peuvent plus être engagées par l'assureur ou par l'Assuré 2 ans après l'événement qui les motive.

La prescription est portée à 10 ans pour l'assurance en cas de décès lorsque le bénéficiaire est distinct de l'Assuré. La durée de prescription ne pourra pas être modifiée par les parties, même d'un commun accord.

Il est précisé que la prescription est valablement interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telle une action en justice, mais également par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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 droits de l'assuré décédé.

Article L.114-2 du Code des assurances :

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

Article L.114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

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

ARTICLE 27

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Comment et pourquoi sont utilisées les données ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'assureur de l'Adhérent, membre d'AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'assureur utilise :

- des données relatives à l'âge, la situation familiale et/ou professionnelle, à la santé, nécessaires à l'étude des besoins et du profil afin de proposer des produits et services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- des informations sur les revenus, le patrimoine et les placements pour étudier ses besoins afin de lui proposer une couverture adaptée à la situation ;
- des coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'assureur, de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à ses clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et

autres assurances, individuelles ou collectives ;

- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de sa situation personnelle, familiale ou professionnelle et de ses contrats ;
- la lutte contre la fraude à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'assureur :

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

L'assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé sur l'analyse des données afin de répondre à ses obligations de conseil, de déterminer les garanties, les placements ou les prestations et de lui proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des ser-

vices associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légaux. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme du contrat.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution du contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier ou la réduction des indemnités versées.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec l'Adhérent, l'assuré et les ayant-droits, aux membres d'AG2R La Mondiale, le cas échéant à ses sous-traitants, et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont les droits de l'Adhérent et comment les exercer ?

L'adhérent dispose du droit de demander l'accès aux données le concernant. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il peut, en outre, s'opposer au traitement de ces données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale à tout moment.

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

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'adhérent doit exercer son droit d'accès auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)**, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

L'assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles de l'adhérent, néanmoins s'il considère que le traitement de ses données porte atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'assureur : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles> ■

ARTICLE 28 TRAITEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ

L'Assuré consent à ce que ses données de santé fassent l'objet d'un traitement par l'assureur et ses réassureurs, nécessaire à l'analyse de risque effectuée par l'assureur dans le cadre de la souscription d'un contrat d'assurance ainsi qu'à la gestion du contrat souscrit. L'assureur s'engage à respecter l'ensemble des obligations fixées par la

profession d'assurance y compris le respect du code de bonne conduite ou la réglementation, concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou de l'exécution d'un contrat d'assurance. ■

ARTICLE 29 AUTORITÉ DE CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. ■

ARTICLE 30 FONDS DE GARANTIE

Conformément aux dispositions des articles L.423-1 et suivants du Code des assurances, il existe un fonds de garantie contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes, destiné à préserver les droits des Adhérents et bénéficiaires des contrats d'assurance vie couvrant des dommages corporels. ■

ARTICLE 31

PROCÉDURE DE RECOURS

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

L'expertise contradictoire

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

Le compromis d'arbitrage

Si un désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées

pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

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

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

ARTICLE 32

LOI APPLICABLE

La loi applicable à la présente convention est la loi française. En cas de litige, les juridictions compétentes sont les juridictions françaises. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française.

Les montants des garanties ne tiennent pas compte des impôts, taxes et prélèvements qui pourraient être dus au titre de la législation à venir. La même réserve est applicable au régime fiscal et social qui se rattache aux paiements des primes versées par l'Adhérent. ■

Digital Insure Distribution

SAS au capital de 247 023 €
RCS PARIS 824 390 579 - ORIAS n°17001098
38 rue La Condamine 75017 Paris

LA MONDIALE PARTENAIRE

Entreprise régie par le Code des assurances
Membre d'AG2R LA MONDIALE
S.A. au capital de 73 413 150 euros
RCS PARIS B 313 689 713 14-16 Boulevard Malesherbes
75379 PARIS Cedex 08