

# ASSURANCE PREVOYANCE INDIVIDUELLE

## Document d'information sur le produit d'assurance

Produit : PREVENTIO

Compagnie : Cofidis SA, Intermédiaire d'assurance enregistré en France auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 023 493

Sérénis Assurances SA, Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le code des assurances

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.**

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette assurance a pour objet de garantir le versement d'un capital et d'un forfait mensuel en cas de décès accidentel de l'assuré ou perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Pour mettre vos proches à l'abri financièrement en cas de décès accidentel ou faire face aux dépenses imprévues en cas d'invalidité consécutive à un accident.\*

**Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de l'option retenue par l'Assuré à l'adhésion.**

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

##### ✓ Décès accidentel

Il s'agit de la mort accidentelle de l'assuré donnant lieu à l'établissement d'un acte de décès ou d'une décision judiciaire de disparition. Le décès doit intervenir dans un délai maximum de 12 mois à compter de la date de l'accident.

Pour faire face aux premières dépenses urgentes, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel selon les montants et la durée définis dans le bulletin d'adhésion ou le certificat de garantie.

##### ✓ Perte Totale et Irréversible d'autonomie suite à accident

L'assuré qui se trouve, suite à accident, dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller).

Pour faire face aux dépenses imprévues, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel selon les montants et la durée définis dans le bulletin d'adhésion ou le certificat de garantie.

La durée de l'indemnisation du forfait mensuel ne peut dépasser 12 Mois quelle que soit l'option retenue.

#### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE :

Des informations générales par téléphone ainsi que l'organisation et la coordination de services à la personne.

Les services d'une aide-ménagère ainsi qu'une assistance psychologique en cas d'invalidité consécutive à un accident.

En cas de décès accidentel, l'assistance organise le rapatriement de corps en cas de décès à l'étranger ainsi que le retour au domicile Des membres de la famille qui voyageaient avec le défunt.

(\*) On entend par accident ou accidentel, toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures.

*Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat*



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Le décès suite à maladie
- ✗ La Perte totale et Irréversible d'Autonomie consécutive à une maladie.



### Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Risque de guerre
- ! Modification de la structure du noyau atomique
- ! Participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage
- ! Le suicide ou tentative de suicide
- ! Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire
- ! L'accident survenu sous l'emprise d'un état alcoolique

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! La mort clinique
- ! Ne sont pas considérées comme accident les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle : cela peut être en autres : malaise cardiaque, infarctus du myocarde, spasme coronarien, troubles du rythme cardiaque, attaque ou hémorragie cérébrale, accident cardiovasculaire, accident cérébro-vasculaire, accident ischémique transitoire, lombalgies, cervicalgies, lumbagos, sciatalgies, affections dorso-vertébrales et hernies.

SERENIS ASSURANCES SA

Société Anonyme, au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS – Entreprise régie par le Code des assurances  
Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel – 26000 VALENCE



## Où suis-je couvert(e) ?

✓ Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors que le séjour est inférieur à 3 mois. Tout séjour d'une durée supérieure à 3 mois doit être notifié à l'assureur



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :**

- **A l'adhésion au contrat :**
  - Pour bénéficier de la garantie Décès accidentel et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à accident : être âgé de moins de 70 ans et avoir sa résidence principale et fiscale en France Métropolitaine.
- **En cours d'adhésion :**
  - Régler les cotisations dues au titre du contrat.
- **En cas de sinistre :**
  - Contacter Cofidis par téléphone ou par courrier dès connaissance du sinistre et au plus tard dans les trois mois suivant la survenance de l'accident.
  - Un dossier à compléter vous sera adressé, à retourner, accompagné des justificatifs nécessaires à la constitution du dossier.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable mensuellement par avance, par prélèvement automatique sur un compte bancaire dont l'assuré est titulaire



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat de garantie, sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'adhésion au contrat est annuelle à tacite reconduction, sauf résiliation dans les cas prévus au contrat.

L'adhésion cesse à l'échéance principale qui suit le 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

En tous les cas, la garantie PTIA cesse à l'échéance principale qui suit le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré et la garantie Décès à l'échéance principale qui suit le 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié à tout moment, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à l'assureur.

**Assureur :**

**SERENIS ASSURANCES SA**, société anonyme au capital de 16.422.000 €, 350 838 686 RCS ROMANS – n° TVA FR13350838686 – siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel 26000 VALENCE – Entreprise régie par le Code des assurances - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN Cedex.

**Souscripteur :**

**COFIDIS**, Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 67 500 000 € - Siège social : Parc de la Haute Borne, 61 avenue Halley, 59866 Villeneuve d'Ascq Cedex – RCS LILLE Métropole 325 307 106 – Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 023 493 (consultable sur le site [www.orias.fr](http://www.orias.fr)), détenu indirectement à plus de 10 % par la Banque Fédérative du Crédit Mutuel, société mère du Groupe des Assurances du Crédit Mutuel.

**DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR VOIE TELEPHONIQUE**

**CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION**

**1. Modalités d'adhésion**

Le contrat est conclu par échange de consentement oral, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de l'adhésion par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez l'adhésion à l'assurance.

Après l'adhésion, les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail.

**2. Date de prise d'effet de l'adhésion**

Le contrat prend effet à la date figurant sur le courrier valant certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'Assuré.

**3. Preuve du contrat**

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat. De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le souscripteur consisterait en un document établi sur support papier.

**INFORMATION PRECONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE**

Les présentes conditions générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance.

**IMPORTANT : VOS DECLARATIONS**

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations de l'assuré.

Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L. 113-2 du Code des Assurances).

**Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé).**

**Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L 113-9 du Code des Assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).**

**Si, dans le cadre d'un sinistre, l'assuré fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des frais, préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat.**

**Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.**

**Quelques définitions :**

**Adhérent / Assuré :**

Personne physique désignée sur la demande d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique, qui adhère au contrat Groupe, paie les cotisations et sur laquelle reposent les garanties. Elle est désignée ci-après sous le terme général d'« assuré ».

**Accident :**

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures. **Ne sont pas considérées comme « accident » les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, un accident cardio-vasculaire, un accident cérébro-vasculaire, un accident ischémique transitoire, les lombalgies, les cervicalgies, lumbagos, les sciatalgies, les affections dorso-vertébrales ainsi que les hernies.** Toute autre définition de l'accident ou toute classification d'accident retenue par un autre organisme et en particulier la Sécurité Sociale, n'est pas opposable à l'assureur. Seul l'accident survenu postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion est pris en charge au titre du présent contrat. En tout état de cause, la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré incombe au(x) bénéficiaire(s).

**Décès accidentel :**

Il s'agit de la mort accidentelle de l'assuré donnant lieu à l'établissement d'un acte de décès ou d'une décision judiciaire de disparition. La mort clinique n'est pas assimilée au décès. Le décès doit intervenir dans un délai maximum de 12 mois à compter de la date de l'accident.

**Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle :**

L'assuré présentant une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est défini comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive suite à un accident, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller).

**Consolidation :**

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère définitif de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Il s'agit du stade auquel les lésions ou affections dont l'assuré est atteint ne sont plus susceptibles d'évoluer, en l'état des connaissances médicales de l'époque. La consolidation fait l'objet d'un constat médical.

**Conjoint :**

- la personne mariée à l'assuré non séparée de corps
- la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'assuré
- le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'assuré et vivant sous le même toit que l'assuré.

**1 – OBJET DU CONTRAT**

Le présent contrat a pour objet de garantir le versement d'un capital et d'un forfait mensuel en cas de décès accidentel de l'assuré ou de sa perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident. Ce contrat prévoit également des prestations d'assistance.

**Il ne peut être enregistré au titre de ce contrat Groupe plus de 5 adhésions par personne.**

**La date limite d'entrée dans l'assurance est fixée à la veille du 70ème anniversaire de l'assuré.**

**2 – DUREE DU CONTRAT**

L'assuré est couvert pendant une période de un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Celle-ci se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1er jour du mois qui précède la date anniversaire du contrat. L'adhésion cesse à l'échéance principale qui suit le 75ème anniversaire de l'assuré.

**3 - CONDITIONS D'ADHESION**

Les conditions d'adhésion déterminent les garanties accordées à l'assuré et seront vérifiées au moment de la déclaration de sinistre.

L'assuré est admissible au contrat d'assurance et pourra bénéficier de la garantie Décès accidentel et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à accident et des prestations d'assistance si, au jour de l'adhésion, il réunit les conditions suivantes :

- être majeur et âgé de moins de 70 ans,
- avoir sa résidence principale et fiscale en France Métropolitaine.

**4 - TERRITORIALITE**

Tout changement de résidence principale et fiscale en dehors de la France Métropolitaine devra être notifié à l'assureur car il entraînera la fin des garanties à la date anniversaire suivant le changement. Les garanties d'assurance s'exercent dans le monde entier dès lors que le séjour est inférieur à 3 mois. Tout séjour d'une durée supérieure à 3 mois doit être notifié à l'assureur.

Dans tous les cas, le paiement des prestations s'effectuera en France et en euros.

## 5 - BENEFICIAIRE DU CONTRAT

### **5.1. - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident, le bénéficiaire est l'assuré.**

En cas de décès accidentel de l'assuré, le(s) bénéficiaire(s) des prestations, en l'absence de désignation particulière, est le conjoint (marié non séparé de corps ou son partenaire lié par un PACS ou son concubin notoire), à défaut, par parts égales ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés et à défaut, par parts égales, ses héritiers.

En l'absence de bénéficiaire acceptant, l'assuré peut modifier à tout moment la désignation de bénéficiaire, en avisant par écrit l'assureur par lettre recommandée.

### **5.2. Quelles sont les modalités de désignation des bénéficiaires ?**

L'assuré désigne le ou les bénéficiaire(s) du contrat lors de l'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. La désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'assuré peut désigner nommément un bénéficiaire et porter à l'adhésion les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré. L'assuré peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

A défaut de désignation valable au jour du décès, ou de bénéficiaire désigné pour tout ou partie du capital constitué, celui-ci sera versé aux héritiers de l'adhérent. Le bénéficiaire en cas de décès nommément désigné a la faculté d'accepter la désignation. Tant que l'assuré est en vie, l'acceptation doit prendre la forme soit d'un avenant, soit d'un acte sous seing privé ou acte authentique signé de l'assuré et du bénéficiaire et notifié à l'assureur. L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que l'acceptation de la désignation de bénéficiaire le prive, sauf accord du bénéficiaire, de ses droits sur le contrat : modification du bénéficiaire, nantissement, etc.

## 6 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 7 et aux dispositions spécifiques à la souscription par voie téléphonique. Ainsi, l'adhésion pourra prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation.

La prise d'effet du contrat antérieurement à l'expiration du délai de rétractation est soumise à l'acceptation expresse du souscripteur, matérialisée dans le bulletin d'adhésion ou exprimée lors de la souscription par voie téléphonique. Les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion.

## 7 - DROIT DE RENONCIATION

### **7.1. Faculté de renonciation**

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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'Assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

Lorsque le contrat a été vendu à distance (art. L 112-2-1 du Code des assurances) l'Assuré a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'Assuré reçoit les conditions contractuelles si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion).

La renonciation prend effet au moment de la notification.

Dans tous les cas, et quel que soit le mode de commercialisation, l'assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

En cas de renonciation, l'Assuré n'est tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de renonciation. Le cas échéant, l'assureur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de la demande effectuée en ligne.

### **7.2. Modalités de renonciation**

Pour exercer le droit à renonciation, il suffit d'envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception, selon le modèle ci-après : « Je soussigné(e) ..... (nom, prénom) demeurant ..... (adresse de l'adhérent) déclare renoncer au contrat d'assurance n° ..... (n° imprimé) auquel j'ai adhéré par voie téléphonique le ....., date et signature de l'assuré », à l'adresse suivante : Service Prévoyance – 46 rue Jules Méline – 53098 LAVAL Cedex 9. La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

## 8 - CESSATION DES GARANTIES

L'assurance prend fin à l'égard de chaque assuré :

- en cas de résiliation de la part de l'assuré,
- en cas de dénonciation par l'assuré dans les 14 jours suivant la réception du courrier d'information de la modification du contrat d'assurance,
- en cas de non-paiement de la cotisation, selon les dispositions de l'article 18, - à l'échéance principale qui suit le 75ème anniversaire de l'assuré pour le risque Décès accidentel,
- à l'échéance principale qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à accident ou à la liquidation de la retraite si celle-ci intervient avant 65 ans, y compris le service des prestations résultant d'une prise en charge de ce risque antérieurement à cette date, sauf cas de mise à la retraite pour inaptitude.

- au décès de l'assuré,
- en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription ou en cours de contrat, notamment dans la déclaration de sinistre.

## 9 - DEFINITION DES GARANTIES

### **9.1. Décès accidentel**

En cas de décès de l'assuré directement imputable à un accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel, dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique.

Le capital est versé dans les 5 jours à réception du dossier complet de déclaration de sinistre par l'assureur, dès lors que le(s) bénéficiaire(s) en fait (font) la demande expresse.

Le versement du premier forfait mensuel intervient le mois suivant le versement du capital.

En présence de bénéficiaires multiples au moment du sinistre, le montant global des prestations garanties est réparti par parts égales, entre les bénéficiaires.

Pour donner lieu à indemnisation, le décès doit intervenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

**Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un bénéficiaire, la prestation prévue en cas de décès sera payée aux autres bénéficiaires désignés.**

### **9.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle**

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie directement imputable à un accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique. L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

Cependant, sera automatiquement considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3ème catégorie. Pour donner lieu à indemnisation, l'état d'invalidité doit intervenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

En cas de survenance d'un sinistre hors de France Métropolitaine, c'est la date de la première constatation médicale de l'état de santé en France qui sert de départ à la garantie.

## 10 - DUREE DE L'INDEMNISATION

La durée de l'indemnisation du forfait mensuel ne peut dépasser 12 mois, quelle que soit l'option retenue à l'adhésion et reprise dans le certificat d'adhésion.

**Dans tous les cas, il ne peut y avoir, pour un seul et même accident, cumul des prestations Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Décès versées par l'assureur au titre du présent contrat.**

## 11 - RISQUES EXCLUS

### **11.1. Au titre de l'ensemble des garanties**

Sont exclues les conséquences résultant des événements suivants :

- risque de guerre, civile ou non, à savoir tout conflit armé se déroulant sur le territoire français ou étranger dans lequel la France est partie belligérante ou non; sous réserve de la législation française particulière à intervenir en période de guerre ;
- modification de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;
- participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage, ou à des événements tels que : grève, émeute, mouvement ou soulèvement populaire, insurrection, rixe, sauf cas de légitime défense et/ou assistance à personne en danger ; participation à tout acte criminel ou illégal ; participation à pari, défi, duel ;
- pratique par l'assuré d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement ;
- le suicide de l'assuré ou tentative de suicide ;
- les accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire.
- de maladie n'ayant pas pour origine un accident garanti ;
- des sinistres résultant de la conduite d'un véhicule alors que l'assuré est sous l'emprise d'un état alcoolique susceptible d'être sanctionné pénalement (articles L. 234-1 et R. 234-1 du Code de la route) ou a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants (article L. 235-1 du Code de la route) ;
- de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur ;
- en cas d'accident survenu sous l'emprise d'un état alcoolique ;
- s'il est révélé que l'assuré a fait usage de drogues, de stupéfiants, d'anabolisants, de substances ou plantes classées comme stupéfiants selon la législation en vigueur, ainsi que les produits de substitution prescrits ou non médicalement ;
- d'accidents médicaux ou d'infections nosocomiales ;
- d'expérimentations biomédicales ;
- d'un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique ;
- d'un accident dont la date de survenance est antérieure à l'adhésion.

## 12 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Sous réserve de la législation applicable au pays, l'assuré donne mandat à l'assureur en vue d'effectuer toute démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre. Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant.

L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...). Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'assuré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres.

### 13 - CONTROLE MEDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à tout moment à toute expertise ou examen que l'assureur estime nécessaire. Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...). L'assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix.

### 14 - ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le Médecin de l'assureur et l'assuré, les deux parties peuvent choisir un médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage et supporteront pour moitié les honoraires de ce médecin.

### 15 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

#### 15.1. Formalités de déclaration

La demande doit se faire, dès connaissance du sinistre, par téléphone ou par courrier auprès de COFIDIS qui vous remettra les formulaires de déclaration mentionnés. Les pièces suivantes sont à remettre à COFIDIS pour la constitution du dossier, étant précisé que **l'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs ou questionnaires complémentaires** :

#### 15.2. Dans tous les cas, dans les 3 mois suivant la survenance de l'accident

- l'original ou la copie du bulletin d'adhésion ou du certificat d'adhésion ou du dernier avenant,
- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- les preuves de l'accident : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, constat amiable, coupure de journaux, ...
- un certificat médical mentionnant les conséquences du dommage corporel subi (perte totale et irréversible d'autonomie, décès),
- les coordonnées du tiers responsable et de son assureur,
- s'il s'agit d'un accident de circulation dans lequel l'assuré était conducteur, un certificat médical précisant si l'assuré a subi un test d'alcoolémie et, dans l'affirmative, le résultat de ce test,

#### 15.3. Dans les 3 mois suivant la survenance du décès

- le questionnaire médical qui sera fourni par COFIDIS, à remplir par le Médecin Traitant ou par le Médecin ayant constaté le décès,
- un acte de décès,
- un acte de notoriété, si nécessaire,
- un relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s)
- toute pièce de nature à justifier le droit du (des) bénéficiaire(s)

#### 15.4. Dans les 3 mois suivant la perte totale et irréversible d'autonomie

- l'attestation médicale d'invalidité qui sera fournie par COFIDIS, à remplir par le Médecin Traitant,
- la notification de mise en invalidité 3ème catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés et pour les non assujettis, toutes pièces attestant l'invalidité émanant d'un organisme compétent.

### 16 - COTISATIONS

Le montant de la cotisation est exprimé en euros et comprend les frais et taxes. Il est calculé au tarif en vigueur à la date d'adhésion en fonction du niveau des garanties souscrites. Il figure sur le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique.

La cotisation est payable mensuellement par avance par prélèvement automatique sur un compte bancaire dont l'assuré est titulaire.

Si la cotisation mensuelle n'atteint pas le montant minimum pour un prélèvement (4,79 € au 01/08/2014), le prélèvement est reporté au mois suivant jusqu'à atteindre le montant minimum pour un prélèvement. Les garanties sont acquises dès la prise d'effet du contrat même si la cotisation n'a pas été prélevée pour ce motif.

**La cotisation est révisable annuellement. Sa révision ou celle des garanties s'impose à tous les assurés qui disposent de la faculté de résilier leur adhésion en cas de désaccord conformément à l'article 8. Elle peut être révisée également dans les cas suivants :**

- En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe : l'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation peut être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.
- En considération de l'évolution globale des risques du portefeuille (sinistralité, équilibre technique du portefeuille, évolution de la législation ou réglementation). L'assuré sera informé de l'augmentation au moins 3 mois avant qu'elle ne prenne effet.

**L'augmentation résultera de la prise en compte de l'équilibre global du portefeuille et en aucune manière de la prise en compte de la situation individuelle d'un assuré.**

**Modalités de notification des prélèvements :** Lorsque vous optez pour le paiement par prélèvement, la notification des prélèvements afférents au contrat est effectuée par le biais des conditions particulières lors de la souscription et de l'avenant en cas de modification du contrat.

### 17 - FACULTE DE MODIFICATION DE LA GARANTIE

La possibilité pourra être offerte à l'assuré de modifier le montant de sa garantie. En cas de baisse des niveaux garantis, les nouvelles conditions seront appliquées immédiatement selon la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion. En cas de hausse des niveaux garantis, les anciennes conditions d'assurance seront appliquées pendant un délai d'attente de 90 jours à compter de la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion, passé ce délai, l'ensemble des nouvelles garanties sera appliqué. La nouvelle cotisation figurera dans le nouveau certificat d'adhésion.

### 18- DEFAUT DE PAIEMENT

**En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L 141-3 du Code des assurances. A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adressera à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation d'assurance n'est pas réglée dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée, le contrat sera résilié de plein droit. L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré en situation d'impayés le paiement de l'intégralité de la cotisation restant due, à partir du premier impayé jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.**

### 19 - PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

#### Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du Code, « 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. »

#### Causes d'interruption de la prescription :

**L'interruption de la prescription efface le délai de prescription acquis et fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.**

Aux termes de l'article L 114-2 du Code, 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 adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'emprunteur à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

La prescription peut être aussi suspendue. La suspension de la prescription en arrête temporairement le cours sans effacer le délai déjà acquis, les causes de suspension étant régies par les articles 2233 à 2239 du Code civil.

### 20 - RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en adressant à l'assureur une lettre de résiliation recommandée, ou un envoi recommandé électronique, avec accusé réception. La résiliation prend effet à l'échéance mensuelle qui suit la date de réception de cette lettre par l'assureur.

**Droit et langue applicables** : La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque. Toute relation avec l'assuré se fait en langue française, ce que ce dernier accepte expressément.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de l'adhésion au contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

**Autorité de contrôle** : L'autorité de contrôle de SERENIS ASSURANCES SA et COFIDIS est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

## **Vos données personnelles**

### **1. Le traitement de vos données personnelles**

#### **1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?**

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, vos données peuvent être utilisées, avec votre accord, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires.

#### **1.2. A qui vos données peuvent-elles être transmises ?**

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

#### **1.3. Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?**

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

#### **1.4. Combien de temps vos données seront-elles conservées ?**

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

## **2. Les droits dont vous disposez**

### **2.1. De quels droits disposez-vous ?**

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

### **2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?**

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

### **2.3. En cas de difficulté**

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

## **Communication d'informations par voie électronique**

Si l'Assuré a communiqué à son interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, l'assureur utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'Assuré afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'Assuré dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'assureur.

**Liste d'opposition au démarchage téléphonique** : Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

**Réclamation** : En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au Responsable des relations consommateurs – SERENIS ASSURANCES SA - 4, rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 67906 Strasbourg cedex 9. Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

## **Information relative au règlement en ligne des litiges :**

Si votre contrat a été souscrit en ligne, la Commission Européenne a mis en place une plateforme européenne de RLL (Règlement en Ligne des Litiges) facilitant le règlement indépendant par voie extrajudiciaire des litiges en ligne entre consommateurs et professionnels. Vous pouvez accéder à cette plateforme à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

**Médiation** : Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, les coordonnées du Médiateur pourront vous être communiquées sur simple demande auprès de votre interlocuteur habituel. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant l'assureur à un particulier et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges concernant des particuliers sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « la Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

# CONVENTION D'ASSISTANCE N° 921.181

## Quelques définitions :

### **Bénéficiaire :**

Personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance « Préventio » pour son propre compte.

Les proches du souscripteur bénéficient de certaines prestations de l'Assistance Autonomie et peuvent se substituer au bénéficiaire pour demander la mise en œuvre des services qui lui sont destinés.

### **Domicile :**

Lieu de résidence principale en France métropolitaine ou Principautés d'Andorre ou Monaco.

### **Accident corporel :**

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente; soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

### **Maladie :**

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

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

### **Transport :**

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 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, Principautés d'Andorre ou Monaco.

### **Durée de validité :**

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat d'assurance et de l'accord liant SERENIS ASSURANCES et FRAGONARD ASSURANCES pour la délivrance de ces prestations.

## 1 – SUITE A LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

### **1.1. Objet de l'assistance autonomie**

L'assistance Autonomie de Mondial Assistance met à la disposition du bénéficiaire et de ses proches, un ensemble de services choisis pour l'accompagner dès la souscription du contrat Assurance « Préventio » et tout au long de la vie de son contrat. Service d'écoute, d'information et d'orientation pour soutenir, renseigner et accompagner le bénéficiaire, l'Assistance Autonomie lui apporte toute l'aide qu'il attend.

Aux premiers signes de la perte d'autonomie, les conseillers autonomie et / ou les assistantes sociales sont à son écoute pour identifier ses nouveaux besoins, le conseiller, lui proposer les solutions personnalisées adaptées à sa situation présente et préparer l'avenir.

Nos conseillers construisent avec le bénéficiaire et ses proches l'environnement de sa nouvelle vie et coordonnent la mise en œuvre des services qui vont lui faciliter le quotidien.

À 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 les conseillers autonomie et / ou par les assistantes sociales, animés par un esprit de disponibilité, d'écoute et de réconfort. Dans un souci de qualité, le conseiller deviendra alors leur référent et se tiendra à leur disposition pour toute demande concernant des prestations d'assistance.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h00, hors jours fériés, Mondial Assistance propose au bénéficiaire les services décrits ci-après :

### **1.2. Mise en relation avec un réseau de prestataires qualifié**

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.

Sur demande du bénéficiaire, Mondial Assistance :

- évalue les besoins du bénéficiaire,

- met en relation le bénéficiaire avec des prestataires de services au domicile,

- communique au bénéficiaire toute l'information relative à la défiscalisation associée à ces services agréés ainsi que les informations relatives aux modalités d'intervention, de type mandataires ou prestataires, afin de permettre à l'aide de choisir les aides les plus adaptées à ses besoins selon sa situation personnelle.

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 lui règle directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.

**Le règlement des prestataires reste à la charge du bénéficiaire.**

### **1.3. Les services de confort au domicile**

Sur simple appel téléphonique Mondial Assistance met le bénéficiaire en relation, avec les professionnels de son réseau spécialisé :

- serruriers,

- plombiers,

- électriciens,

- vitriers.

**Les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.**

### **1.4. Services de mise en relation avec des prestataires agréés Borloo (prestations défiscalisables)**

Sur simple appel téléphonique Mondial Assistance organise la mise en relation du bénéficiaire avec les professionnels de son réseau qui a été référencé avec soin pour garantir un service de qualité.

**Le règlement des prestataires reste à la charge du bénéficiaire.**

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

- **Famille :** garde d'enfants, soutien scolaire et cours pour adultes,

- **Vie quotidienne :** Entretien de la maison et travaux ménagers (ménage, repassage...), petit jardinage, petit bricolage, assistance informatique et Internet, assistance administrative et maintenance du domicile en cas d'absence.

- **Personnes âgées et fragilisées :** garde malade, aide à la mobilité, téléassistance, aide au domicile (accompagnement dans les activités quotidiennes) et spécifiquement pour les personnes dépendantes, soins d'hygiène et de mise en beauté et promenade des animaux de compagnie.

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

**Pour l'ensemble des prestations de mise en relation, les frais engagés seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné. Mondial Assistance assure seulement un service de mise en relation. La responsabilité de Mondial Assistance ou des prestataires ne pourra en aucun cas être recherchée si le bénéficiaire fait une interprétation inexacte ou inappropriée des avis qui lui auront été communiqués par le prestataire.**

### **1.5. Assistance à l'aménagement du domicile**

Si le domicile du bénéficiaire nécessite des aménagements, ou si le bénéficiaire envisage un déménagement compte tenu de son handicap, Mondial Assistance organise les services ci-après :

- recherche des prestataires spécialisés en fonction des besoins d'aménagement définis

lors du bilan de vie et confirmés le cas échéant par un architecte ou un spécialiste de l'habitat suite à l'audit de l'habitat,

- conseil de l'architecte ou du technicien de l'habitat quant aux aménagements nécessaires,

- estimation des travaux à réaliser,

- recherche des possibilités de financement des aménagements,

- constitution et suivi du dossier de demande de financement et information du bénéficiaire,

- après accord formel du bénéficiaire, mise en œuvre des travaux,

- suivi mensuel des travaux sur 6 mois,

- contrôle de la réalisation et réception des travaux, contre-visite de contrôle si nécessaire.

**A ce stade, les aménagements réalisés restent à la charge du bénéficiaire.**

### **1.6. Services ponctuels à domicile**

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire ou de ses proches, Mondial Assistance organise tout service utile au bénéficiaire tel que la livraison et la mise à disposition du matériel médical qui lui a été prescrit par son médecin.

Mondial Assistance prodigue des conseils personnalisés aussi bien au bénéficiaire qu'à ses proches afin de faciliter le choix du matériel adapté au besoin. Le prestataire assure l'installation du matériel au domicile ainsi que le service après-vente. La mise en place d'aides techniques telles que lits médicalisés, fauteuils roulants, accessoires de confort permet de faciliter le retour ou le maintien à domicile.

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

**Le coût du matériel, achat ou location, reste à la charge du bénéficiaire**

### **1.7. Audit de l'habitat si le bénéficiaire peut être maintenu à domicile**

Mondial Assistance réalise par téléphone un bilan qui lui permet d'évaluer le contexte dans lequel le bénéficiaire évolue, ses habitudes de vie, ainsi que les ressources dont il dispose. Ce bilan de vie permet entre autres d'évaluer si le logement du bénéficiaire est adapté ou non et identifier les aménagements qu'il pourrait être nécessaire d'y effectuer.

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 spécialiste de l'habitat et / ou d'un ergothérapeute pour préciser les moyens nécessaires au maintien à domicile (aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès, suppression de marches, téléassistance ...) et établir un devis des travaux à effectuer.

Un document de synthèse, appelé diagnostic audit habitat, peut être remis au bénéficiaire à sa demande. Ce document permettra au bénéficiaire de solliciter des devis pour les aménagements qu'il aura retenus, auprès des professionnels de son choix. En fonction des disponibilités locales, une liste d'au moins deux coordonnées par spécialité pourra être communiquée.

**A ce stade, les aménagements qui pourraient être décidés par le bénéficiaire ou ses proches restent à la charge du bénéficiaire.**

## 2 – POUR LE BENEFICIAIRE DES LE 1ER JOUR D'ADHESION ET POUR LES PROCHES PENDANT L'ANNEE QUI SUIT LE DECES

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, Mondial Assistance communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

### **2.1. Santé**

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention, ...),

- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés » ...) : leurs coordonnées, leurs spécialités,

- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...),

- Informations médicales sur le handicap,

- Les problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids, ...

- Les médicaments : les médicaments génériques,

- L'alimentation en général en fonction de certaines pathologies : ex le diabète.

### **2.2. 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.

### **2.3. Juridique**

- Comment porter plainte ?

- A qui s'adresser en cas de litige ?

- Les conséquences juridiques inhérentes à une situation de handicap ...

- En termes 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...

### **2.4. Assistance psychologique**

Lorsque le proche souhaite être accompagné pour mieux surmonter le décès d'un bénéficiaire du contrat, Mondial Assistance France organise et prend en charge un soutien psychologique par téléphone 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 3 entretiens au plus. 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.

## 3 – AIDE AUX PROCHES LORS DU DECES DU BENEFICIAIRE (DECES SURVENU A PLUS DE 200 KM DU DOMICILE)

Mondial Assistance organise et prend en charge, selon les besoins :

### **3.1. Rapatriement de corps ou inhumation sur place**

#### **3.1.1. Le transport du corps**

depuis le lieu du décès, (sauf si le décès survient sur la voie publique ou s'il survient une contrainte d'ordre médico-légal), ou depuis la chambre funéraire ou depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre ou Monaco dans un rayon ne pouvant dépasser la distance entre le lieu du décès et le domicile.

Le coût du transport au-delà de ce rayon (entre le lieu de décès et le lieu de domicile) reste à la charge de la famille ou des ayants droits du défunt.

#### **3.1.2. Les frais annexes nécessaires à ce transport**

dans la limite de 763 € TTC (y compris le coût d'un cercueil de modèle simple).

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille ou des ayants droits du défunt.

#### **3.1.3. La présence sur place d'un membre de la famille**

voyage aller et retour d'un membre de la famille au départ de France métropolitaine, Andorre et Monaco uniquement, si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire défunt voyageant seul.

#### **3.1.4. Le séjour à l'hôtel du membre de la famille**

désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite de 60 € TTC par nuit avec un maximum de 120 € TTC.

### **3.2. Assistance aux personnes voyageant avec le bénéficiaire**

#### **3.2.1. L'acheminement jusqu'au lieu d'inhumation**

en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, s'ils ne peuvent utiliser les moyens initialement prévus.

#### **3.2.2. Le voyage d'un conducteur désigné**

pour ramener le véhicule et les autres passagers lorsque le voyage s'effectuait en

voiture et qu'aucun des passagers présents ne peut conduire le véhicule.

### 3.2.3. L'envoi d'un chauffeur

pour ramener le véhicule et les autres passagers lorsque le voyage s'effectuait en voiture, qu'aucun des passagers ne peut conduire le véhicule et qu'aucun proche n'est disponible pour aller les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Voyage d'un conducteur désigné » ci-dessus.

### 3.2.4. Le retour au domicile

des autres personnes si le décès du bénéficiaire les empêche de rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus.

### 3.2.5. Le retour au domicile des enfants de moins de 15 ans

avec accompagnement si nécessaire si personne n'est en mesure de s'occuper d'eux.

### 3.3. Assistance aux enfants ou petits enfants du bénéficiaire décédé âgés de moins de 15 ans

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper d'eux, Mondial Assistance organise et prend en charge pour les enfants ou petits enfants du bénéficiaire décédé :

#### 3.3.1. La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire :

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants.

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 ».

#### 3.3.2. Le transfert des enfants ou petits enfants chez un proche :

voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par la famille ou un correspondant de Mondial Assistance.

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

#### 3.3.3. La garde au domicile des enfants ou petits enfants

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures.

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 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

#### 3.3.4. L'Aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 2 (deux) 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 etc.) au domicile du bénéficiaire.

#### La prestation reste à la charge des bénéficiaires.

**Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».**

### 3.4. Assistance aux animaux de compagnie

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tout autre animal), Mondial Assistance organise et prend en charge la garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 10 jours consécutifs maximum, en attendant que la famille prenne les dispositions appropriées. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

### 3.5. Une avance de fonds suite au décès du bénéficiaire à l'étranger

de 1500 € maximum en argent liquide dans la monnaie locale pour faire face aux dépenses de première nécessité et organiser son retour.

Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir.

Le chèque de paiement est encaissé par Mondial Assistance au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite.

### 3.6. Information décès / succession

Si besoin, sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, de 9 heures à 20 heures hors jours fériés, le bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses proches trouveront auprès des spécialistes de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE toutes informations et réponses utiles concernant :

#### 3.6.1. Le décès

- le décès à l'hôpital/le décès à domicile,
- la constatation du décès,
- les prélèvements d'organes,
- les dons d'organes,
- la conservation du corps : la thanatopraxie,
- le transport du corps,
- les chambres funéraires

#### 3.6.2. Les obsèques

- les sociétés de pompes funèbres,
- les sociétés de marbrerie funéraire,
- l'organisation des pompes funèbres en France,
- la préparation des obsèques,
- la toilette du défunt,
- le choix du cercueil et des accessoires,
- les voitures funéraires,
- les concessions,
- la crémation,
- les différents rites et cérémonies religieuses,

#### 3.6.3. Les démarches de succession

- le règlement des frais d'obsèques,
- l'apposition des scellés,
- le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (mobilier, objets, véhicules, biens immobiliers...) : règles applicables et démarches à effectuer,
- les formalités auprès des organismes, droits à faire valoir et calendrier : Caisse de Retraite, employeur, Pôle Emploi, établissements financiers, Sécurité Sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...,
- le compte bancaire joint, les assurances...,
- les déclarations à la mairie...

#### 3.6.4. Le règlement de la succession

- les options offertes aux héritiers et leurs conséquences : l'acceptation de la succession, l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, la renonciation.

#### 3.6.5. Les règles de répartition de la succession

- l'ordre de succession et les modalités d'attribution,
- les règles applicables, générales et particulières à certaines situations (représentation, fente successorale, enfants adoptés, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistiques...),
- les droits du conjoint survivant.

#### 3.6.6. Les situations particulières d'héritage

- le testament, les donations, l'usufruit, la nue-propriété,
- les mineurs, les incapables majeurs,
- les héritiers résidant à l'étranger.

#### 3.6.7. Comment disposer, prendre possession des biens

- l'indivision,
- les formalités : actes notariés, pièces héréditaires, le partage.

#### 3.6.8. Les droits de succession

- les biens à déclarer,
- la détermination de l'actif successoral taxable,

- le paiement des droits et contrôle du fisc.

### 3.6.9. Les droits du conjoint et de ses enfants

- l'aide sociale,
- l'allocation veuvage,
- la pension de réversion de la sécurité sociale,
- les droits des conjoints divorcés (pension partagée),
- la location (le droit au maintien),
- le capital décès pour les cotisants à la Sécurité sociale.

## 4 - DISPOSITIONS GENERALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par Sérénis Assurances SA auprès de Fragonard Assurances (Société Anonyme au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (S.A.S. au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social: 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669).

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, 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.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tous actes, pièces, factures, certificats médicaux, bulletins d'hospitalisation, etc., de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir les justificatifs appropriés à Mondial Assistance, soit concurrentement à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Mondial Assistance ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés.

L'organisation par le bénéficiaire ou par ses proches de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser le service.

#### 4.1. 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.

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

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures.

#### 4.2. 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.

La mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une journée ouvrée.

L'ensemble des prestations proposées en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile peuvent démarrer dès le premier jour. Les prestations décrites en cas de maladie ou accident à domicile sont prises en charge une seule fois pour un même événement (maladie ou accident avec hospitalisation ou immobilisation au domicile) et dans un délai de 3 (trois) mois au plus à compter de la date à laquelle Mondial Assistance France a été informée de l'événement.

#### 4.3. Exclusions générales

**Sont exclus :**

- les demandes non justifiées
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf le cas de légitime défense,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les conséquences :
- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

**qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,**

- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.

- toutes les hospitalisations planifiées,
- les frais de cure thermique,
- les interventions à caractère esthétique,
- les frais de séjour dans une maison de repos,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant.

#### 4.4. Mise en œuvre des garanties

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par l'un des moyens ci-après :

Téléphone : + 33 (0)1.40.25.16.41

Télécopie : + 33 (0)1.40.25.55.82

accessibles 24h/24, 7 jours / 7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit (921.181),

- le nom et le prénom du bénéficiaire,

- l'adresse exacte du bénéficiaire,

- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

