

DISPOSITIONS GENERALES

SANTÉ SENIOR

PREAMBULE.....	4
CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
ARTICLE 1. DÉFINITIONS.....	4
ARTICLE 2. OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE	5
ARTICLE 3. TERRITORIALITÉ	6
CHAPITRE II : ADHESION AU CONTRAT	6
ARTICLE 4. PERSONNES ASSURABLES	6
ARTICLE 5. FORMALITES D'ADHÉSION.....	6
ARTICLE 6. PRISE D'EFFET DU CONTRAT	6
ARTICLE 7. DROIT DE RENONCIATION.....	6
CHAPITRE III : VIE ET DUREE DE L'ADHESION	7
ARTICLE 8. DUREE DU CONTRAT	7
ARTICLE 9. CHANGEMENTS ET MODIFICATIONS DE GARANTIES.....	7
ARTICLE 10. RESILIATION DES GARANTIES.....	7
10.1 Résiliation à l'initiative du souscripteur	7
10.1.1 Résiliation annuelle	7
10.1.2 Résiliation à tout moment	7
10.2 Résiliation à l'initiative de l'Assureur	8
10.3 Effet de la résiliation	8
CHAPITRE IV : NATURE DES GARANTIES	8
ARTICLE 11. OUVERTURE DES DROITS.....	8
ARTICLE 12. DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES	8
12.1 Dispositions Générales	8
12.2 Dispositions particulières.....	9
12.2.1 Prise en charge de l'hospitalisation	9
12.2.2 Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins	9
12.2.3 Précisions concernant les paramédicaux	9
12.2.4 Prise en charge de l'optique	9
12.2.5 Prise en charge du dentaire.....	11
12.2.6 Prise en charge des aides auditives	11
12.2.7 Prise en charge des soins à l'étranger	12
12.2.8 Prise en charge de la prévention	12
ARTICLE 13. MODIFICATION DES PRESTATIONS	12
CHAPITRE V : COTISATIONS	13
ARTICLE 14. DÉTERMINATION DES COTISATIONS.....	13
ARTICLE 15. PAIEMENT DES COTISATIONS	13

ARTICLE 16.	NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	13
ARTICLE 17.	EVOLUTION ANNUELLE DES COTISATIONS	13
CHAPITRE VI : PAIEMENT DES PRESTATIONS		13
ARTICLE 18.	MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ	14
ARTICLE 19.	FORME ET DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	14
ARTICLE 20.	EXCLUSIONS	14
CHAPITRE VII : DISPOSITIONS DIVERSES.....		16
ARTICLE 21.	PRESCRIPTION	16
	Définition de la prescription	16
	Modalités de la prescription.....	16
	Interruption de la prescription	16
	Suspension de la prescription	16
ARTICLE 22.	OBLIGATIONS DECLARATIVES	16
ARTICLE 23.	SUBROGATION	17
ARTICLE 24.	PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	17
ARTICLE 25.	DROIT D’OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	18
ARTICLE 26.	RÉCLAMATIONS - MÉDIATION.....	19
ARTICLE 27.	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	19
ARTICLE 28.	LOI APPLICABLE.....	19
ARTICLE 29.	DÉSIGNATION DE L’ORGANISME DE CONTRÔLE	19
CHAPITRE VIII : ASSISTANCE.....		20
ARTICLE 1.	ÉVÉNEMENTS GARANTIS	20
ARTICLE 2.	RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE	20
ARTICLE 3.	VALIDITE DE LA CONVENTION.....	23
ARTICLE 4.	DEFINITIONS CONTRACTUELLES	23
ARTICLE 5.	PRESTATIONS	24
ARTICLE 6.	RESPONSABILITE	30
ARTICLE 7.	EXCLUSIONS	31
ARTICLE 8.	PRESCRIPTION	31
ARTICLE 9.	MODALITES D’EXAMEN DES RECLAMATIONS	32
ARTICLE 10.	COMPETENCE JURIDICTIONNELLE	32
ARTICLE 11.	PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....	32
ARTICLE 12.	AUTORITE DE CONTROLE	33
ARTICLE 13.	LOI APPLICABLE-LANGUE UTILISEE	33
LEXIQUE		37

PREAMBULE

Le Contrat SANTE SENIOR 33567 est un contrat d'assurance à adhésion individuelle ayant pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité par le souscripteur et/ou par ses ayants droit tels que définis dans l'article 1 des présentes Dispositions Générales.

Il est assuré par QUATREM, Société Anonyme au capital de 510 426 261 euros, régie par le Code des Assurances, située au 21 rue Laffitte, 75009 PARIS, immatriculée au RCS Paris sous le n° 412 367 724, Société du Groupe Malakoff Humanis.

L'assureur délègue la gestion des contrats au gestionnaire : GROUPE SOLLY AZAR - Entreprise régie par le Code des assurances, SAS au capital de 200 000 € - 353508955 RCS PARIS - Société de courtage d'Assurances - Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09 - N° ORIAS : 07 008 500

Les présentes dispositions définissent les engagements réciproques du Souscripteur et de l'Assureur et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties, les dispositions relatives à la vie du contrat ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

Ayants droit : Personnes bénéficiant des prestations du Contrat, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec le Souscripteur.

Sont considérés comme Ayants droit :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).
- les enfants fiscalement à charge de moins de 21 ans mais également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28e anniversaire justifiant de la qualité :
 - d'étudiant ;
 - d'apprenti ;
 - de chercheur d'emploi inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ;
 - de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
 - de bénéficiaire d'un contrat d'insertion ;

A condition que ces derniers poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65% du SMIC,

- les enfants sans limite d'âge s'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation en faveur des handicapés sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivaient des études ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge de 21 ans ou 28 ans sous conditions.

Assurés : Personne physique habilitée à percevoir les prestations garanties, à savoir le Souscripteur et le ou les Ayant(s) droit désigné(s) sur le Certificat d'assurance.

Base de Remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Notion pouvant encore être appelée « Tarif de responsabilité » (TR). Les

bases de remboursement sont consultables sur le site www.ameli.fr.

Contrat Responsable : Contrat dont les garanties respectent les critères fixés par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces critères consistent à ce que les garanties prennent en charge certaines prestations et en excluent d'autres.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant souscrit à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie- obstétrique.

Honoraires Limites de Facturation : Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, approuvée par l'arrêté du 20 août 2018 (publié au Journal Officiel du 25 août 2018).

Parcours de soins coordonnés : Établi et coordonné par le médecin-traitant désigné par l'Assuré, il influe sur le taux de remboursement du Régime Obligatoire.

Prix Limites de Vente (PLV) : Les Prix Limites de Vente correspondent aux prix maximums facturables par le professionnel de santé, fixés par le Comité Economique des produits de santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Conformément au niveau de garanties de l'Assuré, SOLLY AZAR interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le Souscripteur et ses Ayants droit.

Sécurité sociale : Terme générique utilisé pour désigner le régime d'assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

Souscripteur : La personne physique, résidant en France métropolitaine, relevant d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale française, qui souscrit le contrat et paye les cotisations.

Télétransmission : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'informations automatisé entre les caisses d'assurance maladie et SOLLY AZAR. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à SOLLY AZAR sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur (TM) : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention du régime de Sécurité sociale français obligatoire.

Tiers Payant (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou l'organisme de complémentaire santé.

ARTICLE 2. OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le présent Contrat a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Souscripteur, et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par le Régime Obligatoire. Peuvent

également être couvertes des prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Les garanties santé sont « Responsables », c'est-à-dire qu'elles répondent aux exigences prévues par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 3. TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France métropolitaine (Corse incluse).

En outre, elles s'appliquent également à l'étranger et pour les déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois, ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale, sous condition d'intervention du Régime Obligatoire de l'Assuré. Le règlement des prestations est effectué en euros.

CHAPITRE II : ADHESION AU CONTRAT

ARTICLE 4. PERSONNES ASSURABLES

Pour être admis à l'assurance, le Souscripteur et son conjoint/concubin/pacsé doit être âgé de plus de dix-huit (18) ans et de quatre-vingt-cinq ans (85 ans) maximum révolus (âge réel) à la date d'effet du contrat.

ARTICLE 5. FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion au Contrat résulte de la signature d'une Demande de Souscription par lequel le Souscripteur manifeste expressément sa volonté de bénéficier des garanties souscrites, pour lui-même et, le cas échéant, pour ses Ayants droit.

Le niveau de garanties souscrit est le même pour l'ensemble des personnes assurées au contrat.

L'acceptation du risque par l'Assureur est constatée par l'émission du Certificat d'Assurance. Il mentionne les caractéristiques propres à la souscription au contrat, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires, la date d'effet du contrat, la formule de garantie et les cotisations du contrat.

Il est remis au Souscripteur, après émission du Certificat d'assurance, une carte de Tiers Payant santé, comportant notamment les noms et prénoms des Assurés.

ARTICLE 6. PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant sur le Certificat d'assurance ; elle est fixée au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande de souscription.

ARTICLE 7. DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L 112-9-1 du Code des assurances, le Souscripteur dispose d'un délai de 14 jours pour renoncer à la Souscription au contrat d'assurance

La demande de renonciation doit être adressée à l'adresse suivante : GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

Monsieur, Madame, Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer à mon contrat SANTE SENIOR 33567 n° [numéro de contrat figurant sur le Certificat d'Assurance du contrat] auquel j'avais souscrit le [date de souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

[Date] [Signature]

CHAPITRE III : VIE ET DUREE DE L'ADHESION

ARTICLE 8. DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation dans les conditions de forme et de délais exposées à l'article 10 des présentes Dispositions Générales.

ARTICLE 9. CHANGEMENTS ET MODIFICATIONS DE GARANTIES

Le souscripteur peut demander, à chaque échéance annuelle, la modification de son niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse), en s'adressant à SOLLY AZAR. Cette modification devra être faite en respectant un préavis de deux (2) mois.

Il est toutefois à noter qu'en cas de demande de modification de garanties à la baisse, un écart maximum de deux (2) niveaux par rapport à la formule en cours pourra être annuellement demandé.

La modification du niveau de garanties s'appliquera aux éventuels Ayants droit.

L'accord de l'Assureur est matérialisé par l'établissement d'un avenant aux conditions particulières qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, la nouvelle formule de garantie souscrite et la cotisation à cette date. Le paiement correspondant à la nouvelle cotisation sera adapté aux nouvelles conditions.

ARTICLE 10. RESILIATION DES GARANTIES

10.1 Résiliation à l'initiative du souscripteur

10.1.1 Résiliation annuelle

Le souscripteur peut mettre fin à son contrat chaque année par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des Assurances adressé à SOLLY AZAR deux (2) mois au moins avant la date d'échéance anniversaire du Contrat.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi). Le souscripteur sera informé de son droit à dénonciation dans l'avis d'échéance annuelle de cotisations.

10.1.2 Résiliation à tout moment

Le Souscripteur peut mettre fin à son adhésion, à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'issue d'un délai d'un (1) an à compter de la date de sa première souscription

Pour ce faire, le Souscripteur peut notifier à SOLLY AZAR son souhait de résilier son Contrat par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des Assurances

Dans le cas où le Souscripteur demande à son nouvel organisme assureur, auprès duquel il souhaite souscrire un contrat d'assurance, d'effectuer les formalités nécessaires à l'exercice de son droit de résiliation, ce dernier envoie, pour son compte, la notification de résiliation. Cette notification doit être envoyée par lettre recommandée à SOLLY AZAR.

Dans tous les cas, SOLLY AZAR confirme par écrit la réception de la notification de résiliation au Souscripteur. SOLLY AZAR envoie, sur tout support durable, un avis de résiliation qui comprend, lorsque sont remplies les conditions de résiliation prévues à l'article L. 113-15-2 du Code des Assurances, la date de prise d'effet de la résiliation. Dans l'hypothèse où les conditions précitées ne sont pas remplies, SOLLY AZAR en informe le Souscripteur.

La résiliation du Contrat prendra effet :

- Lorsque le Souscripteur a effectué lui-même les formalités de résiliation : après un (1) mois à compter de la date de réception de la notification de résiliation ;
- Lorsque le nouvel organisme assureur choisi par le Souscripteur a effectué les formalités de résiliation : après un (1) mois à compter du 1er jour qui suit la date d'envoi de la notification de la résiliation.

En tout état de cause, les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, SOLLY AZAR sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

10.2 Résiliation à l'initiative de l'Assureur

En cas de non-paiement de la cotisation par le Souscripteur, Solly Azar peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 16 des présentes Dispositions Générales.

10.3 Effet de la résiliation

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de la date de résiliation de son adhésion, le Souscripteur s'engage, pour lui et ses Ayants droit, à ne plus utiliser la ou les carte(s) de Tiers Payant santé auprès des professionnels de santé, et à la(les) retourner à SOLLY AZAR dans les meilleurs délais. D'une manière générale, il s'engage à renoncer à tous les services dont il bénéficiait de par son adhésion, sans préjudice pour l'Assureur de recouvrer les sommes indûment versées.

CHAPITRE IV : NATURE DES GARANTIES

ARTICLE 11. OUVERTURE DES DROITS

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet mentionnée à l'avenant au Contrat en cas d'ajout d'un Ayant droit postérieurement à la prise d'effet du contrat.

En cas d'ajout d'un nouveau-né en cours de Contrat : pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré par le Souscripteur à SOLLY AZAR dans les trente (30) jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout d'Ayant droit.

ARTICLE 12. DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

12.1 Dispositions Générales

Sous réserve des exclusions visées à l'article 20, la nature et l'étendue des prestations complémentaires maladie assurées figurent dans le Tableau des garanties.

Les remboursements réalisés par SOLLY AZAR sont fonction de la formule de garanties choisie par le Souscripteur et se font dans les conditions et limites figurant dans son Tableau de garanties repris dans son dernier Certificat d'assurance.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du Forfait en Vigueur fixé par la Sécurité sociale ;
- en pourcentage de la Base de Remboursement fixée par la Sécurité sociale ;
- ou, le cas échéant, sous la forme d'un forfait attribué dans les conditions prévues dans le Tableau des garanties.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que les prestations peuvent être appelées à évoluer au cours des
Ref. SSEN22 - Mai 2022

années à venir pour tenir compte des dispositions légales et réglementaires.

SOLLY AZAR délivre une carte de Tiers Payant santé qui permet au Souscripteur, ainsi qu'à ses Ayants droit le cas échéant, de bénéficier du Tiers Payant.

Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouverture et de clôture des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte. La carte de Tiers Payant santé ne sera délivrée que pour les Souscripteurs à jour de leur cotisation.

12.2 Dispositions particulières

12.2.1 Prise en charge de l'hospitalisation

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements hospitaliers tels que mentionnés à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'applique donc :

- **aux établissements de médecine, chirurgie,**
- **aux établissements obstétriques et odontologiques,**
- **aux établissements spécialisés : les établissements psychiatriques, les établissements de soins de suite et de réadaptation.**

12.2.2 Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM), et les médecins n'y adhérent pas.

Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale, si le choix de votre niveau de garanties prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires.

Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, vous pouvez consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr.

12.2.3 Précisions concernant les paramédicaux

Les honoraires paramédicaux correspondent aux actes facturés par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes.

Vous pouvez retrouver la liste exhaustive des praticiens de votre département en vous connectant sur le site www.annuaire.sante.ameli.fr.

12.2.4 Prise en charge de l'optique

Les prestations optiques concernant l'acquisition **d'un équipement (1 monture + 2 verres) s'expriment par un forfait en euros et par équipement incluant le Ticket Modérateur.**

Les plafonds de remboursement tels qu'indiqués dans le Tableau des garanties sont conformes aux limites imposées par le « Contrat Responsable ».

Limites de prise en charge

La prise en charge des prestations optiques est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'équipement, à savoir à la Classe A ou la Classe B.

Conformément à la réforme « 100% santé », les équipements appartenant à la Classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le Régime Obligatoire. En conséquence, une fois le remboursement effectué par ce dernier et celui opéré au titre du présent Contrat dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Les équipements de Classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs au « Contrat Responsable » et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Conformément au Tableau des garanties, les montants de remboursement d'un équipement dépendront du forfait applicable :

- Equipement montures + 2 verres simples ;
- Equipement montures + 2 verres, dont au moins 1 verre complexe ;
- Equipement montures + 2 verres, dont au moins 1 verre très complexe.

Les types de corrections sont définis comme suit :

Corrections	Définitions des verres
CORRECTION SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> - équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
CORRECTION COMPLEXE	<ul style="list-style-type: none"> - équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
CORRECTION TRES COMPLEXE	<ul style="list-style-type: none"> - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

Il est à noter que le forfait applicable, déterminé selon le niveau de dioptries, est susceptible d'être modifié en fonction d'éventuelles évolutions législatives et/ou réglementaires.

L'Assuré pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres, et d'une (1) monture, n'appartenant pas à la même Classe (A ou B).

Conditions de prise en charge et de renouvellement

En tout état de cause, les prestations optiques sont limitées à un (1) équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux (2) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la dernière acquisition d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'équipement optique.

Lorsque l'Assuré effectue des demandes de remboursement en deux temps, c'est-à-dire d'une part la monture et d'autre part les verres, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Par dérogation, pour l'acquisition d'un équipement optique (1 monture + 2 verres), cette période est réduite

- à un (1) an, pour les Assurés de moins de seize (16) ans ;
- à un (1) an, pour les Assurés de plus de seize (16) ans en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.
- à six (6) mois, pour les Assurés de moins de six (6) ans, lorsque la monture est mal adaptée à la morphologie du visage de l'Assuré entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, pour l'acquisition de verres correcteurs, aucun délai de renouvellement minimal n'est applicable :

- Pour les Assurés de moins de seize (16) ans, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
- Quel que soit l'âge de l'Assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'Arrêté du 3 décembre 2018 (publié au Journal Officiel du 13 décembre 2018) portant modification des modalités de prise en charge d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prestation « Lentilles » est prise en charge, lorsque le niveau de garanties de l'Assuré le prévoit, dans la limite d'un forfait incluant, le cas échéant, le Ticket Modérateur, qui s'apprécie par an et par Assuré.

Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par le Régime Obligatoire, ainsi que les lentilles jetables.

12.2.5 Prise en charge du dentaire

Dans le cadre de la réforme « 100% santé » et de l'entente directe des chirurgiens-dentistes libéraux avec l'assurance maladie fixée dans la Convention du 21 juin 2018, trois (3) paniers sont définis :

- Le panier « 100% santé » (prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation) ;
- Le panier aux tarifs maîtrisés (remboursement dans la limite des Honoraires Limites de Facturation et conformément au niveau de garanties de l'Assuré) ;
- Le panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (absence d'Honoraires Limites de Facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'Assuré).

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que, concernant les actes dentaires des paniers aux tarifs maîtrisés et libres susmentionnés, bénéficiant d'une prise en charge par le Régime Obligatoire, au-delà du Ticket Modérateur systématiquement pris en charge par l'Assureur, les dépassements sont pris en charge en fonction du niveau de garanties souscrit et le cas échéant dans la limite d'un plafond par année civile et par Assuré fixé au Tableau des garanties. Au-delà du plafond, le remboursement au titre du Contrat, de ces actes dentaires, faisant l'objet d'une prise en charge du Régime Obligatoire, se fera à hauteur du Ticket Modérateur.

12.2.6 Prise en charge des aides auditives

La prestation s'entend par oreille appareillée. Elle est remboursée sur la base d'un pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

Limites de prise en charge

Depuis le 1er janvier 2021, la prise en charge des prestations « Aides auditives » est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la Classe I ou la Classe II.

Conformément à la réforme « 100% santé », les aides auditives appartenant à la Classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le Régime Obligatoire et celui

opéré au titre du Contrat dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Lorsque l'aide auditive appartient à la Classe II, la prise en charge intervient conformément au niveau de garanties souscrit et dans la limite fixée par les textes relatifs aux « Contrats Responsables » soit mille-sept-cents (1 700) euros par aide auditive et par Assuré.

Ce plafond inclut le Ticket Modérateur et la prise en charge par le Régime Obligatoire. C'est pourquoi un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Il est à noter que ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le Ticket Modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Conditions de prise en charge et de renouvellement

En tout état de cause, depuis le 1er janvier 2021, les prestations « Aides auditives » sont limitées à une (1) aide auditive tous les quatre (4) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Ce délai de renouvellement court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

12.2.7 Prise en charge des soins à l'étranger

Les frais de santé sont pris en charge au titre du présent Contrat en cas d'accident survenus et de maladie contractée à l'Etranger lors de voyage ou de séjour, **uniquement si le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique. Dans cette hypothèse, la prise en charge interviendra dans la limite prévue au Tableau de garanties au titre de la prestation « soins effectués à l'étranger et pris en charge par le Régime Obligatoire ».**

Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

12.2.8 Prise en charge de la prévention

Les actes de prévention prévus à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge sous déduction de l'intervention du Régime Obligatoire.

ARTICLE 13. MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les prestations pourront être augmentées, ou diminuées, chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les Tarifs de Responsabilité ou les Taux de Remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

CHAPITRE V : COTISATIONS

ARTICLE 14. DÉTERMINATION DES COTISATIONS

La cotisation est exprimée en euros, en fonction de la formule de garantie souscrite, de l'âge des bénéficiaires, du département de leur résidence principale et du régime obligatoire et des dispositions réglementaires en vigueur.

ARTICLE 15. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, sur appel de cotisations adressé à la dernière adresse connue du souscripteur. Les modalités et les périodicités de paiement des cotisations figurent sur le Certificat d'assurance.

Le Souscripteur a la faculté de modifier, en cours d'adhésion, le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit, auprès de SOLLY AZAR, un (1) mois au moins avant la date d'effet souhaitée.

ARTICLE 16. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Si l'assuré ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'assuré une lettre recommandée valant mise en demeure.

Faute de règlement, les garanties seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les 10 jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

A défaut, le contrat sera automatiquement résilié 10 jours après l'expiration du délai de trente jours précités. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'assuré.

ARTICLE 17. EVOLUTION ANNUELLE DES COTISATIONS

Variation de la cotisation

Les cotisations sont revalorisées de 2,5% chaque année à la date d'échéance annuelle du contrat.

Pour des raisons de caractère technique liées à l'évolution des risques en général, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif. Cette mesure pourra notamment intervenir si la participation à la charge de l'Assuré venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime Obligatoire. La modification de la cotisation pourra s'effectuer à compter de l'échéance qui suit cette modification.

Révision de la cotisation

Les cotisations sont révisables à l'échéance annuelle du contrat, compte tenu notamment des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution des dépenses de santé.

En cas de majoration de la cotisation, le Souscripteur aura alors le droit de résilier son contrat dans le mois qui suit celui où il aura eu connaissance de la majoration.

A défaut de cette résiliation, la nouvelle cotisation sera considérée comme acceptée par le Souscripteur.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués au Souscripteur dans son avis d'échéance annuelle, le règlement s'effectuant conformément aux modalités indiquées dans le Certificat d'assurance.

CHAPITRE VI : PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 18. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

Les remboursements de frais de santé sont effectués par SOLLY AZAR au vu des documents transmis par la Caisse d’Affiliation de l’Assuré et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la Télétransmission. À défaut d’application du procédé de la Télétransmission, les remboursements sont effectués à réception des pièces suivantes :

- la prescription médicale ;
- le cas échéant, le justificatif de paiement : facture acquittée... ;
- les décomptes du Régime Obligatoire.

L’attention de l’Assuré est attirée sur le fait que l’Assureur n’interviendra pas au-delà des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation. L’Assureur, par l’intermédiaire de SOLLY AZAR, se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre des présentes Dispositions Générales.

En cas de refus de l’Assuré de se soumettre à ce contrôle médical, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d’assurance maladie obligatoires.

Selon le niveau de garanties souscrit, SOLLY AZAR peut également verser des prestations forfaitaires pour des actes non remboursés par le Régime Obligatoire.

ARTICLE 19. FORME ET DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du « Tiers Payant », les remboursements de frais de santé sont effectués par virement sur le compte déterminé par le Souscripteur.

Ces remboursements sont effectués dans les meilleurs délais, et sous réserve de la réception de l’ensemble des pièces justificatives que le Souscripteur et ses Ayants droit doivent fournir.

SOLLY AZAR se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, ...).

Les justificatifs originaux sont à adresser à SOLLY AZAR à l’adresse suivante : 60 rue de la Chaussée d’Antin 75439 PARIS CEDEX 9

Si les documents demandés ont un caractère médical, nous vous remercions de les adresser, sous pli confidentiel, à l’attention du Médecin Conseil Solly Azar à l’adresse suivante : 60 rue de la Chaussée d’Antin 75439 PARIS CEDEX 9.

L’attention de l’Assuré est attirée sur le fait qu’il lui est conseillé d’envoyer à SOLLY AZAR le ou les devis émis par les professionnels de santé avant chaque réalisation de soins ou de prestations.

Chaque devis fera l’objet d’une réponse de la part de SOLLY AZAR informant l’Assuré de son reste à charge éventuel. SOLLY AZAR contrôlera que le professionnel de santé n’a pas dépassé les Prix Limites de Vente ou les Honoraires Limites de Facturation.

ARTICLE 20. EXCLUSIONS

Les garanties du présent Contrat dit « Responsable » ne couvrent pas, conformément à l’article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d’application :

- la participation forfaitaire instaurée par l’article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l’article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l’article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - les dépassements d’honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l’article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ne sont pas pris en charge les actes effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou le cas échéant à la date d'effet de la souscription des bénéficiaires en cas d'ajout en cours de contrat.

CHAPITRE VII : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 21. PRESCRIPTION

Définition de la prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles L. 114-1 et suivants du Code Des Assurances.

Modalités de la prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) 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, du fait du Souscripteur que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, 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 a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par celui-ci.

Interruption de la prescription

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

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 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.
- À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

ARTICLE 22. OBLIGATIONS DECLARATIVES

Les déclarations du souscripteur servent de base à l'application des garanties.

Le Souscripteur s'engage, en cours de contrat, à déclarer à SOLLY AZAR tout changement dans sa situation

personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances qui prévoient :

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

- Article L.113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

ARTICLE 23. SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions du Souscripteur et de ses ayant-droit contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versées en application du contrat.

ARTICLE 24. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par « QUATREM », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à

caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel. Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables. Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de Sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 25. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, le Souscripteur est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut

s'inscrire en se connectant à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au Souscripteur de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit ou pour lesquels il n'a pas sollicité d'appel ni consenti à être appelé.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à SOLLY AZAR de joindre téléphoniquement le Souscripteur dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 26. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de réclamation, l'Assuré peut contacter :

- En première instance : SOLLY AZAR 60 rue de la chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 9, ou par téléphone au 01 80 05 50 00, ou par mail : monespaceassurance@sollyazar.com ;
- En cas de difficultés persistantes : SOLLY AZAR Direction Qualité - Réclamations - 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 Paris Cedex 9.

SOLLY AZAR s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours, après épuisement de toutes les procédures internes de SOLLY AZAR si un désaccord subsiste, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice : le Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :
 - Courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50010 75441 PARIS CEDEX 09 France
 - Site internet : <http://www.mediation-assurance.org>

ARTICLE 27. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

SOLLY AZAR et l'Assureur s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

ARTICLE 28. LOI APPLICABLE

Le contrat est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

ARTICLE 29. DÉSIGNATION DE L'ORGANISME DE CONTRÔLE

SOLLY AZAR et QUATREM exercent leur activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

CHAPITRE VIII : ASSISTANCE

BESOIN D'ASSISTANCE ?

- Contactez-nous depuis la France (24h/24) au 01.40.25.53.36 (appel non surtaxé)
- Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr>
- Accessibles 24h/24 et 7j/7 sauf mention contraire dans la Convention d'assistance
- Veuillez nous indiquer :
 - Le nom et le numéro du contrat souscrit
 - Les nom et prénom du Bénéficiaire
 - L'adresse exacte du Bénéficiaire
 - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite (ci-après dénommée « Convention d'assistance ») par SOLLY AZAR auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES
SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris

Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS
SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen Société de courtage d'assurances -
Inscription ORIAS 07026 669 - <http://www.orias.fr/>
Ci-après dénommée « Mondial Assistance »

ARTICLE 1. ÉVÉNEMENTS GARANTIS

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

- Les prestations décrites à l'article 5.1. « INFORMATIONS - CONSEILS - SERVICES A LA PERSONNE » et 5.5. « TELECONSEIL SANTE » et 5.6. « TELECONSULTATION » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 5.2. « HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE » sont délivrées en cas :
 - d'Hospitalisation du Bénéficiaire et/ou
 - d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.
- Les prestations décrites à l'article 5.3. « COMPLEMENT POUR LES AIDANTS » sont délivrées en cas d'entrée en dépendance d'un Membre de la famille.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

ARTICLE 2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Informations – Conseils – Services à la personne

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	

Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimité	

Hospitalisation - immobilisation à domicile

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Assistance à domicile		
Évaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Durée d'Hospitalisation au moins égale à 2 nuitées ou durée d'Immobilisation à Domicile au moins égale à 5 jours . L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 300 € TTC	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.

Complément pour les aidants

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Prestations ponctuelles à l'entrée en dépendance		
Évaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance du Membre de la famille.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 300 € TTC	La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidé.

Le répit de l'aidant		
Téléassistance permanente au domicile	Mise en relation sans prise en charge don-nant droit à un tarif préférentiel	Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire
Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour l'aidé	500€ TTC maximum	La prise en charge est limitée à 1 fois par personne aidée et par période annuelle de garantie.

Téléconseil santé

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Questions médicales face à un symptôme	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service.
Informations médicales et parcours de santé		
Orientation vers un centre médical de référence spécialisé		Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Prise de rendez-vous médicaux en ligne		Prestation rendue par internet exclusivement

Téléconsultation

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Téléconsultation	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation médicale par téléphone ou en ligne via un site internet • Identification d'un établissement de soins proche du Domicile du Bénéficiaire • Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin. 	Dans la limite de 10 Téléconsultations maximum par période annuelle de garantie, multiplié par deux (20 consultations par Bénéficiaire) si le Bénéficiaire justifie d'une affection longue durée.
Livraison de médicaments	Prise en charge des frais de livraison	Les coûts des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire

ARTICLE 3. VALIDITE DE LA CONVENTION

Validité territoriale

Les prestations de la Convention d'assistance sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidé.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat Santé SENIOR et de l'accord liant Solly Azar et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

ARTICLE 4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la Convention d'assistance « Santé SENIOR », les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

Aidant

Bénéficiaire assuré majeur qui vient en aide à titre non professionnel à un Membre de la famille dépendant. L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile du Membre de la famille aidé à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Aidant.

Bénéficiaire

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat Santé Senior (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

Conjoint

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

Domicile

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

Enfants

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

France

France métropolitaine exclusivement, où se situe le Domicile.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, non programmé ou ne pouvant être reporté.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

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

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2

« RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

Immobilisation à domicile

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant

inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.
Une durée d'immobilisation peut être prévue à l'article 2
« RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Membre de la famille

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

Membre de la famille dépendant à charge

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

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

Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par Mon-dial Assistance.

Proche

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

Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

ARTICLE 5. PRESTATIONS

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

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

5.1. Informations – conseils – services à la personne

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

• Conseil social

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

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,
- mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux. Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

• **Informations juridiques, administratives et pratiques** Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense re- cours, assurance, travail, protection sociale, retraite, fa- mille, mariage, divorce, succession ;
- Information sur les démarches administratives à effec tuer ;
- Informations pratiques : information loisirs pour les actifs, informations spécialisées pour les malvoyants, etc.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées. Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consulta tion juridique.

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

5.2. Hospitalisation – Immobilisation à domicile

Assistance à domicile

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

• **Évaluation des besoins et recommandations,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

• **Enveloppe de services et d'aide à Domicile,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

5.3. Complément pour les aidants

Lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

• **Évaluation des besoins et recommandations,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

• **Enveloppe de services et d'aide à Domicile,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

Prestations ponctuelles à l'entrée en dépendance

Sur simple appel téléphonique, suite à l'entrée en Dépendance d'un Membre de la famille et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTA- TIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

• **Évaluation des besoins et recommandations,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

• **Enveloppe de services et d'aide à Domicile,**
telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

Le répit de l'aidant

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiqués à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

• Téléassistance permanente au Domicile

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au Domicile du Membre de la famille en état de Dépendance, sans prise en charge.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société

GTS, société du groupe Allianz Global Assistance, Société Anonyme au capital de 720 000 euros, SIRET 330 377 193 00082 RCSNanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sémard 92320 Châtillon.

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

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

• **Aide à Domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le Membre de la famille en état de Dépendance** Mondial Assistance, organise et prend en charge, en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires :

- Une aide à domicile auprès de la personne aidée, dans les conditions précisées à la prestation « Veille ou prise en charge du Membre de la famille en état de dépendance » de l'article 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE »,
- Une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié.

5.4. Description des services et aide à domicile

• **Évaluation des besoins et recommandations**

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

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

• **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

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

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

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande. Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation. Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire. Le montant maximum indiqué à l'article 2

« RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

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

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

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

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

Transport

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

Aide à Domicile (auxiliaire de vie, travailleuse familiale, aide-ménagère)

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

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), **hors soins médicaux** relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la

préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

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

Préparation du retour au Domicile

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

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

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

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

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

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

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

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

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

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

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

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

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

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

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

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

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

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

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

Portage des repas

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

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

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

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** » de l'article 5.4.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.

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

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

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au

samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

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

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

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

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

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

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services des soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire, y compris ceux réalisés à Domicile.

5.5. Téléconseil santé

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- Questions médicales face à un symptôme : lorsque le Bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de Mondial Assistance lui fournit une aide à la compréhension du symptôme et le renseigne sur la conduite à tenir : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.
- Informations médicales et parcours de santé : un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son Hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi. Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.
- Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque le Bénéficiaire doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

- **Prise de rendez-vous médicaux en ligne** : Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire un site internet <http://mondial-assistance.rdvmedicaux.com> qui lui permet de prendre rendez-vous en ligne avec un spécialiste.

5.6. Téléconsultation

IMPORTANT

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à l'Assureur, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte de renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la garantie Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

La Téléconsultation est un service de télémédecine.

Elle n'est accessible qu'en cas de demande d'avis médical pour une situation aiguë non vitale lorsque le Bénéficiaire ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, son médecin traitant.

Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation, réalisée par un médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

À l'issue de la Téléconsultation, le médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation en vigueur (notamment la réglementation relative au secret médical) :

- identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ; transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin.
- Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin. Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire. Le Service Assistance prend en charge le service de livraison de médicaments.

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat de médicaments indispensables, le Bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer, le Service Assistance recherche, achète et apporte au Domicile ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Le Service Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments.

Le Coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire. Cette prestation est accessible uniquement en

France.

À l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

EXCLUSIONS

Au titre de la garantie « Téléconsultation » sont exclues :

- Les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale.
- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle ;
- les prescriptions particulières, telles que :
 - les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicaments réservés à l'usage hospitalier
 - médicaments à prescription hospitalière
 - médicaments à prescription initiale hospitalière
 - médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
 - les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
 - les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcI.pdf ;
 - les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;
- la prescription de stupéfiants.

ARTICLE 6. RESPONSABILITE

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Economie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financiers-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage d'une des assistances énoncées dans la Convention d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès. **Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.**

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

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

ARTICLE 7. EXCLUSIONS

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

- les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- 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 radioactifs,
- 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,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées, les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

ARTICLE 8. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance **sont prescrites par deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'adhérent 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'adhérent 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'adhérent 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'adhérent. »

- Article L114-2 du Code des assurances

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

- Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

ARTICLE 9. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

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

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante : reclamation@votreassistance.fr (ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 - 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

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

La Médiation de l'Assurance
(<http://www.mediation-assurance.org>)

LMA - TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

ARTICLE 10. COMPETENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

ARTICLE 11. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 12. AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 13. LOI APPLICABLE-LANGUE UTILISEE

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

Déclaration de confidentialité :

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

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

a) Qui est le responsable du traitement des données ?

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

b) Quelles données personnelles sont collectées ?

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

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

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

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

c) Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

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

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Administration du contrat d'assurance (ex : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section i ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

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

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre

consentement ex-près n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de l'adhésion à votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

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

d) Qui peut accéder à vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

e) Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section d, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous du sinistre.

- En cas de sinistre avec dommages corporels - dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations - deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat - deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

f) Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

ARTICLE 14. AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

g) À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

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

prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agit d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section i.

h) Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section i.

i) Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement de vos données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section i.

j) Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section c ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre - deux (2) ans à compter du règlement

LEXIQUE

100% Santé : Dispositif par lequel les adhérents couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers

« 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ». Les contrats de complémentaire santé responsable remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% Santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Accident

Un accident est une atteinte à l'intégrité physique non intentionnelle, et qui provient d'une action ou d'un événement fortuit, soudain, et imprévisible dû à une cause extérieure à la volonté de l'Adhérent.

Base de remboursement

La Base de Remboursement correspond au Tarif de convention en Secteur conventionné ou au Tarif d'autorité en Secteur non conventionné. Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

Demande de prise en charge

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, optique...) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'adhérent ou souscripteur, sur la base d'un devis.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAMCO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Frais de séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

Frais réels (FR)

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'adhérent est remboursée.

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les séjours en soins de suite, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues,
- les **Hospitalisations** pour motif psychiatrique prises en charge par la Sécurité Sociale,

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Maladie

Altération de la santé de l'assuré ou adhérent constatée par une autorité médicale compétente.

Régime Obligatoire

Le régime français de Sécurité sociale auquel est affilié l'Adhérent.

Tarif d'Autorité (TA)

Correspond aux actes effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de Convention (TC)

Correspond aux actes effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

Ticket modérateur

Fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Adhérent après remboursement de la Sécurité sociale.