



ASSURANCE DE PERSONNES PRÉVOYANCE



NOTICE D'INFORMATION (valant Dispositions Générales)

PREV ACTIVE

Référence : EQC047DGC-12/2018

PRÉAMBULE

Le contrat se compose des documents suivants :

- Les présentes Dispositions Générales, régissant le fonctionnement du contrat, le contenu des garanties, ainsi que les exclusions. Elles donnent également la définition des termes d'assurance utilisés ; ces définitions ont un caractère contractuel,
- La Demande de souscription, qui reprend l'ensemble des données personnelles de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.
- Les Dispositions Particulières valant certificat de garantie, qui reprennent l'ensemble des données personnelles et les garanties.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

L'assureur des garanties « Individuelle Accident » est : L'ÉQUITÉ, SA au capital de 26.469.320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS Paris. Siège Social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion au gestionnaire :

POP Santé, CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX
Tél. : 04 90 63 73 70

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

1 - DEFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

Conjoint : Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du code civil.

Consolidation : Date à partir de laquelle l'état de santé d'un assuré est reconnu compte tenu des connaissances médicales et scientifiques comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

Enfant : Sont considérés comme enfants au titre du contrat, les enfants célibataires, fiscalement à la charge de l'assuré principal ou de son conjoint et âgés de plus de 6 mois et de moins de 18 ans (26 ans s'ils poursuivent des études). Ils ne peuvent être couverts seuls par ce contrat.

Les enfants perdront la qualité d'ayant droits au jour de leur 18^{ème} année (26^{ème} année s'ils poursuivent des études) et/ou s'ils ne sont plus fiscalement à la charge de l'assuré principal ou de son conjoint.

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

Vie professionnelle : Période de la journée pendant laquelle un assuré exerce une activité salariée ou rémunérée y compris le temps de trajet de l'assuré pour se rendre directement sur les lieux de son activité et pour rentrer directement à son domicile.

Si un assuré exerce plusieurs activités alors qu'une seule aura été déclarée dans la demande d'adhésion, seuls sont garantis les accidents dont l'assuré est victime au titre de cette activité.

Est aussi considérée comme vie professionnelle, la totalité des journées y compris jours fériés, jours de fin de semaine, que l'assuré passe à l'étranger et en France alors qu'il est en mission ou en déplacement professionnel pour le compte de son entreprise ou de celle à qui il appartient.

2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré, consécutif un accident garanti.

En cas de souscription de l'option, le contrat peut également prévoir le versement d'une rente forfaitaire mensuelle en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré principal, consécutif un accident garanti.

3 - OBJET DES GARANTIES

3.1. Définition des risques

Les risques suivants sont susceptibles d'être garantis :

- Le Décès.
- La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : invalidité physique ou intellectuelle rendant l'assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- L'Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.) : état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice de toute activité procurant gain ou profit à l'assuré.

Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

3.2. Formules et options des garanties

Plusieurs choix sont possibles en fonction :

de la formule de souscription :

- Adulte
- Couple (*)
- 1 Adulte + Enfant(s)

• 1 Couple + Enfant(s) (*)

(*) Sur ces formules, l'assuré principal doit être le plus âgé.

- de la nature des garanties :
- Garanties obligatoires : Décès / P.T.I.A. Elle s'applique à tous les assurés.
- Garanties facultatives :
 - I.T.T. avec une franchise 3 jours : Elle est réservée exclusivement à l'assuré principal qui doit relever du régime des Travailleurs Non Salariés (TNS).
 - I.T.T. avec une franchise 30 jours : Elle est réservée exclusivement à l'assuré principal, mais il n'y a pas de contrainte liée à son régime obligatoire.

3.3. Montants maximaux des indemnités en fonction des risques assurables

MONTANT DES GARANTIES		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Garanties Obligatoires	Décès et PTIA	20 000€	40 000€	60 000€	80 000€	100 000€
Garanties Facultatives	I.T.T. (franchise 30 jrs)	500€ / mois	750€ / mois	1 000€ / mois	1 250€ / mois	1 500€ / mois
	I.T.T. (franchise 3 jrs)	500€ / mois	750€ / mois	1 000€ / mois	1 250€ / mois	1 500€ / mois

Le niveau des indemnités (1, 2, 3, 4 ou 5) est choisi librement par l'assuré principal lors de la demande de souscription. Il est ensuite identique pour les éventuels ayants droit.

Pour les ayants droit âgés de moins de 16 ans au jour du sinistre, le capital prévu en cas de Décès / P.T.I.A. est ramené à 15 000 euros.

3.4. Territorialité de la garantie

La garantie s'exerce en France et, dans le cadre de séjours de moins de trois mois, dans le monde entier.

Toutefois, le paiement du capital s'effectue toujours en France et en euros.

3.5. Période de garantie

La période de garantie débute à la prise d'effet du contrat.

Elle prend fin par l'intervention du premier des événements décrits au paragraphe suivant « Cessation des garanties ».

3.6. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation du contrat,
- au jour où l'assuré cesse de résider en France,
- au jour du règlement par l'assureur du capital forfaitaire en cas de Décès ou de P.T.I.A.,
- A l'échéance anniversaire du contrat suivant le 75^{ème} anniversaire de l'assuré, pour la garantie Décès.
- A l'échéance anniversaire du contrat suivant le 67^{ème} anniversaire de l'assuré, pour les garanties P.T.I.A. et I.T.T.,
- en cas de non paiement des cotisations d'assurance,

Les garanties prennent fin à l'égard des enfants de l'assuré s'ils ne sont plus fiscalement à la charge de l'assuré principal ou de son conjoint et au plus tard à leur 18^{ème} anniversaire (26 ans s'ils poursuivent des études). Pour continuer à être assurés, ils devront souscrire individuellement un contrat de même nature.

4 - EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE

Sont exclus de la garantie quelle que soient les options choisies :

- les maladies sauf si elles sont la conséquence d'un accident compris dans la garantie,
- les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses lorsqu'elles ne résultent pas d'un accident garanti,
- les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- les manifestations pathologiques suivantes : apoplexie, épilepsie, rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie méningée, affections nerveuses, maladies mentales, maladies de la moelle épinière, paralysie.

Sont également exclus de la garantie, quelle que soient les options choisies, les accidents causés ou occasionnés par :

- une guerre étrangère ou guerre civile,
- sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger, la participation de l'assuré à une émeute, un mouvement populaire, un crime, un délit intentionnel, une rixe, un acte de sabotage, un acte de terrorisme, une insurrection, une grève, des paris de toute nature, des opérations internationales, quel que soit le lieu où se trouvent ces événements et quels que soient les protagonistes,
- la manipulation volontaire par l'assuré d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- les cataclysmes tels que tremblement de terre, inondation ou tsunami,
- les conséquences du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré,
- les mutilations volontaires de l'assuré par lui-même, par un ou des bénéficiaires, ou avec leur complicité,

- l'homicide volontaire commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré dès lors qu'il a fait l'objet d'une condamnation, le contrat produisant ses effets à l'égard des autres bénéficiaires,
- les accidents causés par l'utilisation de drogues, stupéfiants ou substances analogues, médicaments, tranquillisants ou traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,
- les accidents causés par l'état éthylique de l'assuré caractérisés par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile,
- les accidents survenus au cours ou à la suite d'un acte médical ou chirurgical, sauf si ces événements constituent la suite immédiate et directe d'un accident garanti,
- les accidents résultant d'expérimentations biomédicales,
- la pratique par l'assuré d'un sport à titre professionnel,
- la pratique de l'assuré à des sports aériens (y compris le vol libre et le parachutisme) sous toutes ses formes, de l'alpinisme sans guide breveté, du ski hors piste sans moniteur diplômé, du ski acrobatique, de skeleton, du bobsleigh, de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du rafting, du canyoning, de la spéléologie, de l'escalade et du saut à l'élastique,
- la participation de l'assuré à des courses, des compétitions ainsi que leurs essais ou la pratique de sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (terrestre, aérien ou aquatique),
- l'utilisation de l'assuré en tant que pilote, membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une compagnie régulière ou "charter" dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières,
- la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur,
- l'utilisation avec ou sans conduite de véhicule à moteur à 2 ou 3 roues d'une cylindrée supérieure à 125 cm³.

Sont exclus de la garantie I.T.T. uniquement :

- les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité de la Sécurité Sociale, que l'assurée y soit ou non assujettie,
- les accidents causés par des traitements esthétiques, des opérations de chirurgie esthétique, sauf opération de chirurgie réparatrice découlant d'un événement assuré,
- les accidents résultant d'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),
- les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes para vertébrales, leurs suites et conséquences,
- les séjours professionnels à l'étranger (déplacement compris) à l'exception des déplacements professionnels au sein de l'Union Européenne, Etats-Unis, au Canada, au Japon, en Australie et en Suisse.

En outre, sont exclus les accidents survenant au cours de la vie professionnelle des assurés exerçant les professions ou activités suivantes :

- fabrication, transports et/ou manutention d'explosifs ou d'engins contenant des explosifs,
- entreprise de déminage ou de ramassage et récupération de munitions,
- travail sous l'eau (caissons à air comprimé, scaphandres...) et navigation sous-marine,
- travaux nécessitant la mise en œuvre d'une technique exceptionnelle (téléphériques de haute montagne, installation de lignes à haute tension...),
- travail en haute montagne (guides...),
- pêche et autres travaux en mer,
- travaux souterrains, creusement de puits,
- tous travaux se rapportant à l'énergie atomique sous toutes ses formes, les radiologues,
- le personnel navigant de l'aéronautique civile et militaire,
- les acrobates, cascadeurs, boxeurs, lutteurs, dompteurs, jockeys, et tous les sports professionnels,
- les membres des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

5 - FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

5.1. Personnes assurables

Est assurable en tant qu'assuré principal du contrat, toute personne physique résidente en France et ayant déclaré sa profession, âgée lors de sa demande de souscription de :

	Âges possibles à la souscription(*)
Garanties obligatoires	18 à 65 ans inclus
Garanties facultatives	18 à 59 ans inclus

(*) âge calculé par différence entre le millésime de l'année de souscription et le millésime de l'année de naissance

L'assuré principal a ensuite la possibilité d'ajouter ses éventuels ayants droits (conjoint et/ou enfants) en choisissant la formule de souscription adéquate.

L'assuré principal devra être l'assuré le plus âgé de la formule.

Les ayants droits ne pourront bénéficier que des garanties obligatoires.

5.2. Prise d'effet et durée du contrat

La prise d'effet du contrat est conditionnée à l'encaissement effectif de la première cotisation.

La date d'effet du contrat est celle figurant sur les Dispositions Particulières. Elle est toujours fixée au plus tôt le 1er jour du mois suivant la date de réception du dossier complet.

Le contrat est conclu pour une période initiale de 12 mois.

A l'expiration de cette période et sauf stipulation contraire, le contrat est ensuite reconduit d'année en année à l'échéance qui est fixée au 1^{er} janvier, avec une possibilité de résiliation comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DU CONTRAT ».

5.3 - Déclarations de l'assuré

Les déclarations tant à la souscription qu'en cours de contrat, sont faites par l'assuré pour son compte et celui de ses éventuels ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'assuré doit fournir des réponses exactes.

• À la souscription

L'assuré doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande de souscription.

• En cours de contrat

L'assuré doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout changement modifiant les déclarations faites lors de la souscription du contrat ou postérieurement.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante : POP Santé - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assuré, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.

En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'assuré le prorata aux Dispositions Particulières ta de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'assuré.

5.4 - Bénéficiaire(s) du contrat

• En cas de décès de l'assuré

Le(s) bénéficiaire(s) est (sont) la(les) personne(s) physique(s) ou morale(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle par l'assuré dans la demande de souscription, précisant, le cas échéant, l'ordre de priorité du versement ou la répartition du capital.

L'attention de l'assuré principal est attirée sur le fait qu'un bénéficiaire peut accepter la désignation faite à son profit. Cette acceptation a pour effet de rendre irrévocable la désignation du bénéficiaire acceptant et entraîne la nécessité pour l'assuré d'obtenir l'accord du bénéficiaire lorsqu'il souhaite lui substituer un autre bénéficiaire de son choix.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part lui ou leur revenant sera répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

A défaut d'une telle désignation ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les sommes dues sont attribuées selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint vivant de l'assuré non séparé de corps,
- à défaut les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- A défaut au père et à la mère de l'assuré, par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux,
- A défaut aux héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires.

Dans le cas où une entreprise de Pompes Funèbres fait partie des bénéficiaires désignés, elle ne peut percevoir que la partie du capital correspondant à sa facture définitive établie pour l'organisation des obsèques, le solde étant reversé au profit des autres bénéficiaires désignés selon le rang et la quotité, à défaut la succession.

La rédaction de la clause de désignation de bénéficiaire(s) par l'Adhérent peut être réalisée par acte authentique ou sous seing privé.

• En cas de P.T.I.A ou d'I.T.T. de l'assuré

Le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

5.5. Modification du contrat

L'assuré peut demander à modifier son contrat initial en adressant un courrier simple à : POP Santé- CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX

• Modification de la formule de souscription (ajout ou retrait d'ayants droit)

Si l'assuré désire étendre la garantie à une personne (conjoint ou enfant) non prévue, il doit fournir tous les renseignements nécessaires la concernant.

Si une des personnes garanties par le contrat initial ne remplit plus les conditions requises (séparation, divorce, âge dépassé pour un enfant), l'assuré fera connaître cette modification et son contrat sera aménagé en fonction des nouvelles conditions.

En cas de décès de l'assuré, le conjoint ou la personne vivant maritalement avec lui prend la qualité d'assuré principal.

• Modification de la nature des garanties

L'assuré a la possibilité de faire évoluer la nature de ses garanties.

S'il souhaite souscrire une garantie facultative, l'assuré devra transmettre tous les renseignements nécessaires.

• Modification du niveau des indemnités
L'assuré a la possibilité de demander un changement du niveau des indemnités (Niveau 1, 2, 3, 4 ou 5).

Ce changement est possible uniquement à l'échéance anniversaire et avec un maintien minimal de 12 mois d'assurance.

• Modification de la clause bénéficiaire

En cas de modification de la clause bénéficiaire en cours de contrat, l'assuré devra en aviser expressément POP Santé. Cette modification peut être mise en œuvre par voie d'avenant ou par voie testamentaire.

Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

6 - RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

6.1. Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'assuré, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante :

POP Santé - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'assuré.

6.2. Résiliation par l'assuré

L'assuré peut résilier son contrat :

- un an après la date d'effet du contrat, moyennant un préavis de deux mois puis à l'échéance, moyennant un préavis d'une durée identique. L'assuré adressera sa demande à l'assureur par lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour du premier anniversaire ou au jour de l'échéance principale à 0 heure,

- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'assuré a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

- en cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'assuré a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

- En cas de survenance d'un des événements prévus à l'article L 113.16 du Code des assurances (changement de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle) lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle, dans les trois mois qui suivent la date de l'événement. La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

6.3. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le contrat :

- un an après la date d'effet du contrat, moyennant un préavis de deux mois puis à l'échéance, moyennant un préavis d'une durée identique. La résiliation prend effet au jour du premier anniversaire ou au jour de l'échéance principale à 0 heure,

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.

- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'assuré sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

6.4. Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit :

- En cas de retrait total de l'agrément de l'assureur défini aux articles L 326-12 et R 326-1 du Code des assurances,

- En cas de liquidation judiciaire de l'assureur (article L 113-6 du Code des assurances).

7 - SINISTRE

7.1. Déclaration de sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit déclarer dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 10 jours qui suivent la survenance de l'accident, tout sinistre de nature à entraîner la garantie à l'adresse suivante : POP Santé- Service Sinistres - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX

Au-delà de ce délai, l'assureur qui apportera la preuve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, pourra opposer la déchéance pour déclaration tardive au bénéficiaire.

7.2. Pièces à produire

Lors de sa déclaration, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit indiquer les circonstances exactes de l'accident en communiquant, sous pli confidentiel s'il le souhaite, les pièces suivantes :

• Dans tous les cas :

- le numéro de contrat,

- la copie de la demande de souscription,

- un compte rendu décrivant les circonstances détaillées de l'accident et sa date de survenance,

- les noms et adresse des témoins,

- le procès-verbal ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances de l'accident, à défaut les coordonnées du procès-verbal établi ou de main courante.

• En cas de décès :

- le certificat médical du médecin ayant constaté le décès et précisant la cause du décès,

Cas particulier : Si le décès survient hors de France et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français, ce certificat devra être établi par un

médecin agréé par un Consulat de France local.

- un extrait d'acte de décès de l'assuré,

- toutes justifications d'état civil permettant d'établir les bénéficiaires de l'assuré décédé (fiche d'état civil, copie du Livret de famille, certificat d'hérédité, coordonnées du notaire chargé de la succession).

• En cas de P.T.I.A :

- une déclaration de l'assuré (sur l'imprimé pré-établi),

- un certificat médical du médecin de l'assuré, indiquant de façon précise la cause de son invalidité ainsi que la date à partir de laquelle la P.T.I.A. a été consolidée,

- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'assuré est assuré social.

• En cas d'I.T.T. :

- une déclaration de l'assuré (sur l'imprimé pré-établi),

- un certificat médical du médecin de l'assuré, indiquant de façon précise la nature et les circonstances de l'arrêt de travail,

- la photocopie de l'arrêt de travail initial et ses éventuelles prolongations,

- un justificatif d'activité professionnelle,

- une attestation de reprise du travail.

Éventuellement, il conviendra de communiquer toute information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'assureur pour l'instruction du dossier.

7.3. Paiement des prestations

À compter de la réception de l'ensemble des pièces justifiant le sinistre consécutif à un accident garanti, le montant des prestations sera versé sous un délai de 15 jours.

• Le Décès

Si un assuré est victime d'un accident garanti, survenu pendant la période de validité du contrat, entraînant son décès immédiat ou dans un délai de 2 ans, il est versé au(x) bénéficiaire(s) le capital prévu aux Dispositions Particulières.

Lors du décès d'un enfant de moins de 16 ans, le capital versé est limité à 15 000 euros.

Lorsque le décès de l'assuré survient après un état d'I.T.T., lié à un même événement accidentel, le capital dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de la garantie I.T.T.

Le règlement du capital garanti au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré met fin aux engagements de l'assureur.

• La PTIA

Si un assuré est victime d'un accident garanti, survenu pendant la période de validité du contrat, entraînant une PTIA, il est versé à l'assuré 100 % du capital prévu aux Dispositions Particulières.

L'assuré ne peut exiger aucune indemnité avant que la PTIA n'ait été reconnue comme définitive, c'est-à-dire avant consolidation.

Lorsque la PTIA de l'assuré survient après un état d'I.T.T., lié à un même événement accidentel, le capital dû au titre de la PTIA sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de la garantie I.T.T.

Le règlement du capital garanti en cas de PTIA de l'assuré met fin aux engagements de l'assureur.

• L'I.T.T.

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré devra avoir souscrit une des garanties facultatives. Il devra également justifier d'une activité professionnelle (salarisée ou non) à la date de l'incapacité entraînant un arrêt complet de son activité suite à un accident garanti.

Lorsque l'assuré est reconnu par l'assureur en état I.T.T., suite à un accident garanti survenu pendant la période de validité du contrat, il lui est versé une somme forfaitaire dont le montant est fixé aux Dispositions Particulières.

Le versement de cette indemnité s'effectue mensuellement à terme échu, après écoulement d'une franchise absolue (3 ou 30 jours en fonction de la garantie facultative souscrite) à compter de la date de début de l'arrêt de travail.

Ces prestations sont versées au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail justifié.

Le nombre maximal de versements est limité à 11 versements mensuels consécutifs au titre d'un seul et même sinistre.

En cas de rechute dans les 60 jours suivant la reprise de son activité professionnelle, le paiement des prestations reprendra immédiatement si le nouvel arrêt de travail est dû à la même cause que l'arrêt précédent.

8 - CONTRÔLE ET EXPERTISE - ARBITRAGE

8.1. Contrôle et expertise médicale

Le médecin conseil de l'assureur ou son représentant devra avoir, à toute époque, sauf opposition justifiée, un libre accès auprès de l'assuré en état de P.T.I.A. ou d'I.T.T., pour procéder à tout contrôle et à toute expertise.

Sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours, l'assuré doit se soumettre à tous examens que l'assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

Dans le cas où l'assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné par l'assureur doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'assuré doit toujours indiquer à l'assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident atteignant l'assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

8.2. Arbitrage

En cas de contestation d'ordre médical sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire. Chacun des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. Ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

A défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

9 - COTISATION

9.1. Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée aux Dispositions Particulières. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte du choix de la formule de souscription, de l'option de garanties et de l'option sur l'étendue des garanties.

La cotisation totale est due par l'assuré.

9.2. Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'assuré : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement SEPA est obligatoire pour les paiements mensuels. Toutefois, il nécessite également des montants de cotisations supérieur à 15€. Si l'assuré souhaite une périodicité mensuelle et que le montant de la cotisation est inférieur à 15€, l'assuré devra opter pour une autre périodicité.

Le prélèvement SEPA s'effectue pour chaque mois de quittance le 8 du mois précédant la quittance.

En cas de paiement par prélèvement SEPA, des frais de prélèvement de 1,50 € viennent s'ajouter à la souscription.

En cas de rejet de prélèvement SEPA, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'assuré.

9.3. Défaut de paiement

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 du contrat 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 dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. 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.

9.4. Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- changement de tranche d'âge des assurés
- modification du capital assuré,
- changement des formules ou options des garanties
- ajout ou sortie d'ayants droits

Ces changements entraîneront une différence de cotisation.

- S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé par l'assuré.

- S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

9.5. Révision de la cotisation

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur l'avis d'échéance.

L'assuré pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de cette information. Le cas échéant, la résiliation du contrat prendra effet un mois après réception de la demande.

Dans ce cas, la portion de cotisation, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation, sera due.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

10 - INFORMATION DE L'ASSURÉ

10.1. Subrogation

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

10.2. Prescription

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interromp le délai de prescription.

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

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

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

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

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 interromp le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

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

10.3. Examen des réclamations et procédure de médiation

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : POP Santé - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX

Si l'assuré ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'Équité - Cellule Qualité - 75433 Paris Cedex 09

ou : servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si la souscription du contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'assuré ou l'assureur.

Procédure de médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances,

Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'assuré et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'assuré peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'assuré n'a pas été soumise à une juridiction.

10.4. Protection des données personnelles

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

POP SANTE, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitement nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les traitements appliqués à vos données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Recouvrement - Exercice des recours entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée, y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- o état civil, identité, données d'identification
- o données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- o données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- o informations d'ordre économique et financier (revenus, situation

financière, situation fiscale, etc.)

- o numéro d'identification national unique
- o données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par FMA ASSURANCES. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur, de son délégataire de gestion, ou de FMA ASSURANCES. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; organismes sociaux ou professionnels; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

La politique du Groupe Generali :

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

La politique de Pop Santé

Pop Santé a adopté une charte interne en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les datas center sur lesquels sont hébergés vos données sont situés en France.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,

- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,

- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,

- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,

- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,

- ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,

- droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie,

- droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

dpo@popsante.fr ou à POP SANTE – A l'attention du Délégué à la protection des données personnelles - 1050 chemin des Exquerts - CS60039 - 84170 MONTEUX.

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

Pour le gestionnaire, à POP SANTE – Délégué à la protection des données personnelles – 1050, chemin des Exquerts - CS60039 - 84170 MONTEUX ou à l'adresse électronique dpo@popsante.fr

Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles –

TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

10.5. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09

10.6. Liste d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de l'organisme OPPOSETEL, à l'adresse suivante : Société Opposetel -Service Bloctel 6, rue Nicolas Siret - 10 000 Troyes.

10.7 Renonciation à la souscription

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre

recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'assuré peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception. Cette faculté de renonciation est perdue si l'assuré a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

« Je soussigné _____, N° de contrat _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription).

Fait à _____, le _____

« Signature ».

10.8. Vente à distance : conclusion du contrat et droit de renonciation

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens des articles L 112-2-1 du Code des Assurances et L.121-26 du Code de la Consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de «une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat».

Modalité de conclusion du contrat

L'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées ainsi que les pièces justificatives réclamées. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission de la demande de souscription). À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'assuré peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'assuré reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion du contrat. Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'assuré a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. La demande de renonciation doit être adressée à POP Santé – CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné _____, N° de contrat _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription), exclusivement à distance.

Fait à _____, le _____

« Signature ».

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'assuré en application de la souscription, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours, ce délai commençant à courir à compter du jour où l'assureur reçoit notification de la renonciation.



FMA Assurances - SAS au capital de 841 324 euros - Société de Courtage en Assurances - Siège social : Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex - RCS Nanterre 429 882 236 - Immatriculée à l'ORIAS sous le N° : 12068209 (www.orias.fr) - Tél: 01.39.10.52.10 - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des Assurances - Sous le contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr). FMA Assurances exerce son activité en application de l'article L 521-2 II b du code des assurances et ne propose pas de service de recommandation personnalisée. La liste des compagnies d'assurances partenaires est disponible sur www.fma.fr et fournie préalablement à toute souscription. Réclamation : FMA Assurances, Service Réclamation, Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex. Médiation : La Médiation de l'Assurance - Pole CSCA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 (www.mediation-assurance.org).

Garanties L'Équité, SA au capital de 26.469.320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS Paris. Siège Social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.