



ASSURANCE DE PERSONNES PRÉVOYANCE



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

TEMPORIA

Référence : CG_TEMPORIA_092019

Contrat d'assurance (ci-après désigné « le Contrat ») assuré par **PREPAR-VIE** et **PREPAR IARD** (ci-après dénommée « l'Assureur »), distribué par **FMA Assurances** (ci-après dénommé « le Distributeur ») et géré par **POP Santé** (ci-après dénommé « le Gestionnaire »).

Assureur :

PREPAR-VIE - Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 142 183 792 euros. Siège social : Tour Franklin, 101 Quartier Boieldieu - 92800 Puteaux, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 323 087 379 RCS Nanterre.

PREPAR IARD - Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 800 000 euros. Siège social : Tour Franklin, 101 Quartier Boieldieu - 92800 Puteaux, immatriculée sous le numéro 343 158 036 RCS de Nanterre.

Distributeur :

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.

Gestionnaire :

POP Santé - Société de courtage en assurances et de gestion de Contrats d'assurance au capital de 40.000 € - Siège social : 1050 chemin des Exquerts – CS 60039 – 84170 MONTEUX - 429 476 831 RCS Avignon - Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07027890.

Ces entités sont soumises au contrôle de l'Autorité Prudential et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

1 – Présentation du Contrat d'assurance

1.1 Objet du Contrat

Le Contrat a pour objet de garantir l'assuré, selon son choix, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, de survenance d'une maladie redoutée.

Garantie obligatoire

- Décès Toutes Causes

Garantie(s) facultative(s)

- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).
- Doublement du capital en cas de décès par accident
- Maladies Redoutées

1.2 Les intervenants au Contrat

1.2.1 L'Assureur

Prepar-Vie et Prepar Iard sont les entreprises d'assurances qui accordent les garanties.

1.2.2 Le souscripteur/assuré

Le souscripteur du Contrat est la personne physique, qui signe la demande de souscription et répond aux conditions d'admission, conformément à l'article 2.

L'assuré est la personne dont le décès, l'invalidité, la maladie déclenche le règlement des prestations garanties en vigueur lors de la survenance de cet événement.

Dans le cadre du Contrat, le souscripteur et l'assuré sont une seule et même personne.

1.2.3 Le(s) bénéficiaire(s)

1.2.3.1 En cas de décès de l'assuré

- Garantie Décès Toutes Causes et garantie Doublement du capital en cas d'accident

Modalités de désignation et de modification du(des) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré

L'assuré peut désigner le ou les bénéficiaire(s) de son choix lors de son adhésion ou ultérieurement par avenant au Contrat, dans ce dernier cas, le changement devra être notifié par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

Leur désignation par clause particulière peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. La clause retenue peut être modifiée ultérieurement par avenant, à condition que le bénéficiaire n'ait pas accepté le bénéfice de l'assurance. Sauf volonté contraire formalisée par écrit par le souscripteur, la clause contractuelle standard du contrat s'applique par défaut, lors de la mise en jeu de la garantie, en l'absence de toute clause bénéficiaire portée à la connaissance de l'Assureur ou en cas de caducité de la clause particulière, lorsque le souscripteur l'a choisie.

Par ailleurs, 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 le(s) bénéficiaire(s) survivant(s) de même rang au prorata de leurs parts respectives. Enfin, en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause contractuelle standard s'applique en lieu et place de la clause particulière, conformément aux conditions générales du contrat.

La clause standard est définie comme suit, le conjoint de l'assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut les héritiers de l'assuré.

Modalités d'acceptation de la désignation

Du vivant de l'Assuré : au terme du délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article « Faculté de renonciation » du présent document, l'acceptation du bénéfice du Contrat à titre gratuit s'effectue par écrit selon les modalités décrites à l'article L 132-9 du Code des assurances :

- soit par un avenant signé par l'Assuré, le bénéficiaire et l'Assureur,
- soit par un acte sous seing privé signé par l'Assuré et le bénéficiaire, et notifié à l'Assureur.

1.2.3.2 En cas de PTIA ou Maladie Redoutée de l'assuré

Le bénéficiaire des prestations est exclusivement l'assuré.

2 – Conditions d'admission

Toutes les personnes physiques, sous réserve de répondre, à la date de leur demande de souscription, aux conditions cumulatives suivantes :

2.1 Le souscripteur/assuré

- Être âgé de 18 à 64 ans inclus pour la Garantie décès Toutes Causes, Garantie Doublement du capital en cas d'accident et Garantie PTIA.
- Être âgé de 18 à 58 ans inclus pour la Garantie maladie redoutée.
- Ne pas être titulaire d'une rente d'invalidité ou d'une allocation Adulte Handicapé.
- Ne pas être actuellement en arrêt de d'activités professionnelles ou ne pas l'avoir été pour plus de 21 jours au cours des 5 dernières années.

Si les garanties optionnelles « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) » et « Maladies redoutées » sont souscrites :

- Ne pas faire l'objet d'une prise en charge à 100% par un organisme de Sécurité sociale (ALD).

2.2 Résidence

Sont admissibles à l'assurance les personnes physiques dont la résidence principale se situe en France Métropolitaine, (Corse comprise).

3 – Adhésion au Contrat

3.1 Documents à la souscription

- la Demande de souscription, signée par le souscripteur, accompagnée d'un mandat de prélèvement SEPA et coordonnées bancaires (RIB ou RICE),
- la fiche d'information et de conseil signée par le souscripteur,
- le document d'Information sur le produit d'assurance (IPID),
- les présentes Conditions générales valant note d'information,
- les Conditions particulières.

3.2 Durée du Contrat

La souscription au Contrat est conclue pour une durée d'un an à partir de la date indiquée dans les Conditions Particulières et qui est l'échéance principale du Contrat.

Le Contrat se renouvelle par tacite reconduction à l'échéance principale pour une durée d'un an sauf en cas de résiliation dans les conditions prévues à l'article « Résiliation du Contrat » ou au terme de toutes les garanties choisies.

3.3 Prise d'effet des garanties

Le Contrat prend effet à la date mentionnée aux Conditions Particulières. Elle est toujours fixée au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la date de réception de la demande de souscription complétée et signée, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

4 – Délai d'attente

Les garanties souscrites sont acquises 9 mois après la date d'effet du Contrat sauf le décès par accident acquis au 1^{er} jour de la date d'effet.

Ainsi :

- Tout sinistre d'origine non accidentelle survenu avant l'expiration de ce délai d'attente, ne donne droit à aucune prestation au titre des garanties.

5 – Les engagements de l'Assureur

L'ensemble des garanties décrites, si elles ont été retenues et acceptées par l'Assureur, ne pourront donner lieu au versement des prestations prévues que si le décès, l'invalidité ou la maladie redoutée intervient en cours de Contrat et, au plus tard, avant l'échéance du Contrat suivant le :

- 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour la Garantie en cas de décès Toutes Causes et Garantie Doublement du capital en cas d'accident
- 65^{ème} anniversaire de l'assuré pour la Garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- 60^{ème} anniversaire de l'assuré pour la Garantie en cas de Maladies Redoutées.

6 – Les garanties

6.1 Garantie Décès Toutes Causes (garantie obligatoire)

Cette garantie est choisie de 18 à 64 ans inclus.

Elle cesse, au plus tard, à l'échéance anniversaire du Contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'assuré.

5 choix de Capital garanti sont possibles : 10 000 €, 15 000 €, 20 000 €, 25 000 € ou 30 000 €.

En cas de décès de l'assuré en cours de Contrat par suite de maladie ou d'accident, l'Assureur s'engage à payer au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital garanti indiqué dans la demande de souscription ou dans le dernier avenant en vigueur.

Le Contrat prend fin à la date du décès de l'assuré.

En cas de versement par anticipation du montant de la prestation prévue au titre de la garantie Maladies Redoutées, celui-ci viendra en déduction du montant éventuellement dû au titre de la garantie décès toutes causes.

Revalorisation du capital décès

En application de l'article L.132-5 du Code des assurances les capitaux décès toutes causes dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est calculée prorata temporis à compter

du décès et jusqu'au jour du règlement du capital.

Le règlement du capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces.

Le décès de l'assuré met fin au Contrat.

Conformément à l'Article L132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un Contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'Assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'Assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

6.2 Garantie Doublement Décès par accident (garantie facultative)

Cette garantie peut être choisie de 18 à 64 ans inclus.

En cas de décès de l'assuré survenant dans un délai maximum de 12 mois suite à un accident (au sens de la définition mentionnée en début des Conditions générales) avant l'échéance du Contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'assuré, l'assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un supplément égal à la prestation due au titre de la garantie décès toutes causes (article 5.1) et mentionné sur les Conditions Particulières ou le dernier avenant en vigueur.

Le Contrat prend fin à la date du décès de l'assuré.

6.3 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) Toutes Causes (garantie facultative)

Cette garantie peut être choisie de 18 à 64 ans inclus.

En cas de PTIA de l'assuré avant l'échéance du Contrat suivant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, l'assureur verse à l'assuré le montant du Capital garanti mentionné sur les Conditions Particulières ou le dernier avenant le cas échéant.

Le Contrat prend fin à la date de versement du capital en cas de PTIA.

En cas de versement par anticipation du montant de la prestation prévue au titre de la garantie Maladies Redoutées, celui-ci viendra en déduction du montant éventuellement dû au titre de la garantie PTIA.

L'état de PTIA est déterminé par le Médecin Conseil de l'assureur, après réception de l'ensemble des pièces médicales nécessaires à la reconnaissance de cet état.

L'assuré est réputé en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin Conseil de l'assureur.

6.4 Garantie Maladies Redoutées (garantie facultative)

Cette garantie peut être choisie de 18 à 58 ans inclus.

En cas de survenance d'une des Maladies Redoutées listées à l'article 12.1 (Lexique) avant l'échéance du Contrat suivant le 60^{ème} anniversaire de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, l'assureur verse à l'assuré par anticipation une prestation correspondant à 30% du Capital garanti.

Il ne sera versé qu'un seul capital au titre de la Maladie redoutée quel que soit le nombre de maladies redoutées.

La garantie prend fin à la date du versement du capital en cas de survenance d'une maladie redoutée.

Ne sont pas garanties les maladies dont l'assuré a été atteint avant la date de souscription ou dont les premières manifestations ont eu lieu avant la date de souscription, quel qu'en soit le stade ou la gravité, qu'elles aient ou non été déclarées à l'assureur, ainsi que les complications de ces maladies et/ou leur rechute

6.5 Risques exclus

SONT EXCLUS DE TOUTES LES GARANTIES LES CONSÉQUENCES :

- des accidents et maladies non déclarés dont la première constatation médicale s'avère antérieure à la date de souscription des garanties ;

- du suicide de l'assuré pendant la première année qui suit la date d'effet de la souscription ou l'augmentation de la garantie, demandée par l'assuré, pour la part supplémentaire ;

- des maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré, des mutilations volontaires, de tentatives de suicide ;

- d'un accident consécutif à l'usage de stupéfiants ou de produits toxiques non prescrits médicalement, à un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux fixé par les dispositions en vigueur du Code de la Route, à de l'alcoolisme aigu ou chronique ;

- d'une guerre civile ou étrangère, insurrection, rixe (sauf cas de légitime défense), émeute, attentat, acte de terrorisme, acte criminel, mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf cas de légitime défense ;

- des accidents de navigation aérienne, si l'appareil n'est pas pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, des compétitions, démonstrations acrobatiques et voltige libre, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype, pratique du deltaplane et de l'ULM ;

- de la pratique de toute activité sportive à titre professionnel ;

- des activités de loisirs suivants : sauts en parachute (non pratiqués dans le cadre de la Fédération Française de Parachutisme), parapente, saut à l'élastique, plongée sous-marine au-delà de 20 mètres ;

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre de la PTIA, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- de l'usage de stupéfiants, de produits toxiques, de tranquillisants ou de médicaments non prescrits médicalement ou d'hallucinogènes,

- des faits causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ou le Bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,

- des tentatives de suicide ou d'automutilation,

- des conséquences directes de l'alcoolisme de l'Assuré,

- d'Accidents de la circulation dont est victime l'Assuré en tant que conducteur d'un véhicule terrestre à moteur sous l'emprise d'un état alcoolique (taux d'alcoolémie supérieur aux taux légal en vigueur au jour du Sinistre),

- des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur, ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que les effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules. Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de

fausse manoeuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel est soumis l'Assuré, ou à l'occasion de son activité professionnelle,

- de l'utilisation d'engins aériens privés en qualité de pilote ou passager lors de déplacements professionnels (sauf passager sur avions de lignes commerciales),
- de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive Française,
- de la participation de l'Assuré à des tentatives de records et/ou essais, des paris ou des Exhibitions.

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre de la garantie maladie redoutée, les Sinistres résultant et/ou provenant :

Cancer :

- Tumeurs bénignes et/ou lésions précancéreuses
- Tumeurs pré-invasives et tumeurs in situ (pTis*)
- Dysplasie cervicale CIN I à III
- Carcinome de la vessie de stade pTa*
- Carcinome papillaire de la thyroïde et/ou le carcinome folliculaire de la thyroïde diagnostiqués au stade pT1a* (diagnostic histologique - tumeur de 1 cm ou moins dans sa plus grande dimension), sauf en cas d'envahissement locorégional et/ou de métastases à distance.
- Cancer de la prostate diagnostiqué au stade pT1N0M0* (diagnostic histologique)
- Leucémie lymphoïde chronique (LLC) classée à un stade inférieur au stade 3 de Rai
- Toutes tumeurs cutanées non citées dans la définition en Annexe
- Toutes les tumeurs associées à une infection par le VIH ou SIDA

*Selon la classification TNM internationale

Greffe d'organe majeur :

- La greffe sélective de cellules pancréatiques des îlots de Langerhans n'est pas couverte dans cette définition.

AVC :

- Les accidents ischémiques transitoires (l'AIT est défini par un épisode bref de déficit neurologique réversible dont les signes durent moins d'une heure et sans signe à l'imagerie médicale) sont spécifiquement exclus.

Maladie d'Alzheimer avant 60 ans :

- Les troubles psychiatriques sont expressément exclus.

Maladie de Parkinson :

- Tous syndromes parkinsoniens, quelle que soit l'étiologie, sont expressément exclus (par ex : secondaire à une exposition à des toxiques ou à des médicaments, à des traumatismes ...)

7- Les engagements de l'assuré

À la souscription, l'assuré s'engage à signaler en toute sincérité à l'Assureur l'ensemble des informations importantes dans l'appréciation de sa situation personnelle et professionnelle sur les documents qui lui ont été remis à cet effet.

7.1 Conséquences d'une fausse déclaration

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'assuré, l'Assureur pourra, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité de l'adhésion et

conserver les cotisations d'assurance payées.

7.2 Modifications en cours de Contrat

7.2.1 Modification des garanties

L'assuré a la possibilité de demander une modification du capital garanti en cas de décès, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception et au plus tard deux mois avant l'échéance principale du Contrat. Le changement prendra effet à la prochaine échéance principale.

Si la modification entraîne une baisse du capital alors aucun nouveau délai d'attente n'est appliqué.

Si la modification entraîne une augmentation du capital alors le délai d'attente de 9 mois sera réinitialisé sur le montant de capital supplémentaire venant d'être rajouté.

L'ajout des garanties optionnelles « Maladie Redoutée » et « PTIA » en cours de vie du Contrat sera soumis aux conditions de souscription mentionnées à l'article 2. « Conditions d'admission » et le délai d'attente de 9 mois sera réinitialisé sur les options souscrites.

7.2.2 Modification des données relatives à l'Assuré

En cours de Contrat l'assuré s'engage à signaler par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à POP SANTÉ toute circonstance nouvelle, dans les 30 jours qui suivent sa survenance, qui pourrait entraîner une modification du risque (ou de son appréciation) couvert par l'Assureur.

Ces circonstances nouvelles sont les suivantes :

- fumer, même occasionnellement, si l'assuré avait déclaré être non-fumeur à la souscription,
- un séjour à l'étranger de plus de 90 jours, non consécutifs sur une période de 12 mois,
- changer de domicile* (peut être signalé par lettre simple).

Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à l'Assureur, il pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnités prévues (article L. 113-2 du Code des assurances).

L'Assureur tiendra compte de ce changement à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi en recommandé électronique.

En cas d'aggravation du risque couvert, l'Assureur pourra :

- soit accepter cette modification à de nouvelles conditions, sous réserve de l'acceptation par l'Assuré du nouveau tarif proposé,
- soit résilier le Contrat.

En cas de diminution du risque, l'Assureur proposera une diminution de cotisation.

Pour une bonne gestion du Contrat, l'Assuré ne manquera pas de signaler tout changement de coordonnées bancaires.

(*) Lors d'un changement de domicile, en cas de départ définitif à l'étranger, le Contrat prend fin.

7.3 Déclaration de sinistre

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du Contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à l'Assureur.

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives et sous réserve de son accord de prise en charge du sinistre.

La déclaration de sinistre suite à décès doit être faite au plus tôt après la connaissance du décès.

Tous les documents à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe confidentielle « Secret Médical », à l'attention du médecin Conseil.

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :

POP SANTÉ

1050 Chemin des Exquerts - CS60039

84170 MONTEUX

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'assureur devront avoir lieu en France métropolitaine.

Il conviendra de fournir à l'assureur dans les meilleurs délais les Conditions particulières et ses éventuels avenants, les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'assureur au règlement des prestations.

7.3.1. Dans tous les cas :

- le numéro de Contrat,
- la copie de la demande de souscription,

7.3.2. En cas de décès :

- le certificat médical du médecin ayant constaté le décès et précisant la cause du décès, sur l'imprimé pré-établi par l'Assureur.
- une déclaration des ayants droit, sur l'imprimé pré-établi par l'Assureur.

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, dévolution successorale, coordonnées du notaire chargé de la succession).

En cas d'accident :

- 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.

7.3.3. En cas de PTIA :

- une déclaration de l'assuré, sur l'imprimé pré-établi par l'Assureur,
- un certificat médical du médecin de l'assuré, sur l'imprimé pré-établi par l'Assureur,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité Totale et définitive avec majoration tierce personne délivrée par la caisse d'affiliation dont dépend l'assuré.

7.3.4. En cas de Maladie Redoutée

- une déclaration de l'assuré, sur l'imprimé établi par l'assureur,
- un certificat médical du médecin de l'assuré, sur imprimé établi par l'assureur

7.4 Contrôle médical - Arbitrage

7.4.1 Contrôle

L'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen demandé par l'Assureur.

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts dési-

gnés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état de santé.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à un examen médical ou une expertise ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.

L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'invalidité et celles de l'Assureur dans les mêmes domaines. Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé sont inopposables à l'Assureur.

Pour les assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, maladie redoutée, le contrôle médical et les expertises éventuelles ultérieures devront s'effectuer en France métropolitaine, les frais de déplacement engagés par l'assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

7.4.2 Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de l'assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager ; faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

8 – Les cotisations

Les garanties et options du présent Contrat sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée du Contrat.

8.1 Calcul des cotisations d'assurance

La cotisation d'assurance est fixée, selon le tarif en vigueur, en prenant en compte :

- des garanties obligatoires et des garanties optionnelles souscrites,
- du capital assuré, mentionné sur les Conditions Particulières,
- de l'âge atteint par l'assuré,
- de la déclaration « non-fumeur » ou « fumeur » renseigné par l'assuré.

Les cotisations évoluent chaque année à l'échéance principale, en fonction de l'âge atteint par l'assuré et en fonction des éventuels changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance, conformément aux dispositions de l'article « Modifications en cours de Contrat ».

Le montant des cotisations est indiqué dans la demande de souscription ou le dernier avenant en vigueur.

La cotisation d'assurance évolue en fonction de l'âge de l'assuré atteint à chaque échéance principale du Contrat.

Elle peut également évoluer en fonction d'éléments d'ordre technique (résultats techniques, modification réglementaire).

La date d'effet de cette évolution sera appliquée dès la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Dans ce cas, les augmentations de cotisations seront notifiées à l'assuré par écrit au moins deux mois avant l'échéance principale.

L'assuré pourra refuser cette augmentation en résiliant le Contrat dans le mois qui suit la réception du courrier dans les conditions énoncées à l'article « Résiliation du Contrat ».

Taxes

Les taux de cotisation comprennent les taxes en vigueur sur les cotisations d'assurance. Toute nouvelle taxe et/ou modification des taxes applicables au Contrat sera répercutée sur les taux de cotisation d'assurance, y compris pour les Contrats en cours.

8.2 Versement des cotisations

En contrepartie des engagements de l'Assureur, le souscripteur s'engage à verser les cotisations afférentes aux garanties choisies.

Paiement des cotisations

Le souscripteur doit s'acquitter des cotisations aux époques convenues et selon les modalités fixées ci-après.

La cotisation est exigible annuellement et payable par avance à la date d'échéance indiquée dans la demande de souscription par chèque ou par prélèvement SEPA, ou mensuellement par prélèvement SEPA.

Le prélèvement mensuel s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 8 ou 15 du mois de la quittance.

Les cotisations sont dues dès la prise d'effet des garanties.

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

8.3 Non-paiement des cotisations d'assurance

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse au souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

À défaut de paiement, le Contrat est résilié de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours.

S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'assuré.

9 – Résiliation du Contrat

9.1 Par l'Assuré :

- Moyennant un délai de préavis d'au moins 2 mois avant la date d'échéance principale.

- En cas d'augmentation de tarif pour des motifs techniques : Voir article « Calcul des cotisations d'assurance »

Toute demande de résiliation du Contrat sera à envoyer par l'envoi de recommandé électronique ou par lettre recommandée à l'adresse suivante :

POP SANTÉ

1050 Chemin des Exquerts - CS60039

84170 MONTEUX

9.2 Par l'Assureur :

- En cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues (Voir article « Non-paiement des cotisations d'assurance »).

- En cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration des risques (article L113-8 du Code des assurances) dès que l'assureur en a connaissance avec prise d'effet 10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation par l'assureur.

9.3 De plein droit :

- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur défini aux articles L326-12 et R326-1 du Code des Assurances

- En cas de liquidation judiciaire de l'assureur (article L113-6 du Code des assurances).

10 - Territorialité des garanties

La garantie Décès toutes causes est maintenue dans le monde entier.

Cependant :

• En cas de décès survenant hors de France métropolitaine (Corse comprise), 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.

• En cas de PTIA ou de Maladie redoutée survenant hors de France métropolitaine (Corse comprise), les garanties sont maintenues seulement :

- Lorsque l'assuré est rapatrié en France ou dans un pays de l'UE

L'assureur pourra convoquer l'assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France métropolitaine.

Pour les séjours à l'étranger supérieurs à 90 jours, se reporter à l'article « Modification des données relatives à l'assuré ».

11 – Les dispositions légales

11.1 Protection des données personnelles

Toutes les informations collectées dans le présent formulaire (dont le(s) questionnaire(s) de santé), de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, suivi et exécution des Contrats d'assurance, (ii) la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Assureur et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à confidentialité. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre mort et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits il convient de fournir une pièce justificative d'identité et de contacter par mél, le délégué à la protection des données de l'Assureur (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou par courrier : PREPAR-VIE ou PREPAR IARD, à l'attention du DPO

(ou du médecin conseil de l'assureur), tour Franklin, 100-101 terrasse BOIELDIEU, 92042 Paris la Défense cedex. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL (www.cnil.fr). Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.

11.2 Faculté de renonciation

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente (30) 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 à la présente souscription en effectuant sa demande à :

POP SANTÉ

1050 Chemin des Exquerts - CS60039

84170 MONTEUX

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

« Je soussigné(e) _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription n° _____ au Contrat TEMPORIA effectuée en date du _____ (date de la signature de la demande de souscription).

Fait à _____, le _____ .

Signature »

A réception de la demande par POP SANTÉ, le Contrat sera annulée. La cotisation éventuellement versée sera remboursée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

11.2.1 Droit de renonciation en cas de vente à distance

La souscription au Contrat peut s'effectuer à distance par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier).

En cas souscription à distance, l'ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances sont applicables. Les informations ci-dessous concernent le souscripteur, personne physique domiciliée fiscalement en France, qui souscrit au Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce Contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion de la souscription y compris.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent que lors de la souscription au Contrat et pour les souscriptions se prorogeant tacitement chaque année.

• Le souscripteur dispose d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui commencent à courir, soit à compter du jour de la souscription à distance du Contrat, soit à compter du jour de la réception de sa demande de souscription si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

• Cependant, ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux Contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

• Les souscriptions pour lesquelles s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord du souscripteur. Dans le cas où le souscripteur a demandé le commencement de l'exécution de son Contrat avant l'expiration du délai de renonciation, et qu'il use de son droit à renonciation, il devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert.

La demande de renonciation devra être effectuée à :

POP SANTÉ

1050 Chemin des Exquerts - CS60039

84170 MONTEUX

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

« Je soussigné(e) _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription

n° _____ au Contrat TEMPORIA effectuée en date du _____ (date de la signature de la demande de souscription).

Fait à _____, le _____ .

Signature »

11.3 Réclamation-médiation

On entend par réclamation, toute déclaration sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état avec ou sans mécontentement, d'un préjudice ressenti.

Le souscripteur peut à tout moment s'adresser à son conseiller habituel, afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son Contrat.

Si le litige éventuel demeure, le souscripteur peut adresser une première (1ère) réclamation auprès de l'interlocuteur indiqué dans le tableau ci-dessous.

Si la réponse apportée à la première (1ère) réclamation n'est pas satisfaisante, le souscripteur peut formuler une deuxième (2ème) réclamation auprès de l'interlocuteur indiqué dans le tableau ci-dessous.

Si, malgré nos efforts pour satisfaire le souscripteur, celui-ci reste mécontent, le souscripteur pourra faire appel au Médiateur compétent, conformément au tableau ci-dessous, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Objet de la réclamation	Niveau de réclamation	Destinataire de la réclamation
Relative aux circonstances de conclusion ou à la commercialisation du Contrat (Manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil...)	1ère réclamation	L'interlocuteur commercial
	2ème réclamation	Service Réclamations - FMA Assurances CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts 84170 Monteux Email : réclamation@fma.fr
	3ème réclamation	La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 www.mediation-assurance.org
Relative à la gestion du Contrat sans données médicales (Contrat, modifications ou avenants, cotisations, sinistre...)	1ère réclamation	Service Réclamations - POP SANTÉ CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts 84170 Monteux
	2ème réclamation	Email : gestionprevoyance@popsante.fr
	3ème réclamation	La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 www.mediation-assurance.org
Relative à la gestion du Contrat avec données médicales (Sinistre...)	1ère réclamation	Service Réclamations - POP SANTÉ CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts 84170 Monteux Email : gestionprevoyance@popsante.fr
	2ème réclamation	PREPAR VIE ou PREPAR IARD La Cellule Médicale/Médecin Conseil, Tour Franklin, 100-101 Terrasse Boieldieu, 92042 PARIS LA DEFENSE Cedex Email : service.medical@prepar-vie.com
	3ème réclamation	La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 www.mediation-assurance.org

Tous les destinataires de 1ère et 2ème réclamation s'engagent à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont le souscripteur sera alors informé).

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Si le souscripteur a adhéré à la Convention à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

11.4 Prescription

Prescription des actions dérivant du Contrat d'assurance.

Aucune action ni réclamation concernant le Contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du Contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les Contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les Contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

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

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

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

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

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

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

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

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

Article 2246 du Code civil :

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

11.5 Subrogation

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au Contrat.

11.6 Lutte contre le blanchiment

Les contrôles que l'Assureur est légalement tenu d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent conduire à tout moment à demander des explications ou des justificatifs à l'assuré, sur les sommes versées au Contrat.

11.7 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente souscription est : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

11.8 Opposition au démarchage téléphonique

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : OPPOSETEL – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

11.9 Loi applicable – langue utilisée

Le Contrat est régi par la loi française. La langue utilisée est le français.

12 – Annexe

12.1 Lexique

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à la volonté de l'Assuré.

AGE DE L'ASSURE : L'âge de l'assuré se calcule par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

ASSURÉ/SOUSCRIPTEUR : La personne physique, résidant en France métropolitaine ou Corse, ayant souscrit au Contrat entre son 18^{ème} et son 64^{ème} anniversaire.

CONJOINT : Est considéré comme conjoint, l'époux, épouse, non séparé de droit ou de corps judiciairement, ni en instance de divorce, personne liée au souscripteur par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin (par production d'un justificatif officiel de vie commune).

DÉLAI D'ATTENTE : Période qui suit la date d'effet de la souscription pendant laquelle la survenance d'un risque ne donne lieu à aucune indemnisation.

ENFANTS : Enfant(s) du souscripteur, nés ou à naître, vivants ou représentés.

MALADIE REDOUTÉE : Par Maladie Redoutée, on entend l'une des maladies suivantes :

• Infarctus du myocarde

Mort d'une partie du muscle cardiaque ne recevant plus assez de sang, entraînant tous les signes, listés ci-dessous d'un infarctus du myocarde aigu :

- Symptômes cliniques typiques (par exemple, douleur thoracique caractéristique),
- Modifications électrocardiographiques récentes caractéristiques non présentes chez l'Assuré avant l'épisode (apparition d'une onde Q ou/et sus-élévation ou sous-décalage du segment ST),
- Élévation notable des enzymes cardiaques spécifiques (ex. CPwK-MB) ou troponines.

Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste en cardiologie.

• Accident vasculaire cérébral avec symptômes de lésions cérébrales permanentes

Tout épisode d'ischémie, par rupture ou par thrombose d'une artère cérébrale (hémorragie, ou infarctus cérébral, ou embolie d'origine extra-crânienne), aboutissant à des déficits neurologiques permanents.

Les déficits neurologiques permanents (sur la base du score AVQ, par exemple) doivent être confirmés par un médecin spécialiste en neurologie après une période d'au moins 3 mois après l'évènement.

• Insuffisance rénale irréversible

Toute déficience chronique de la fonction rénale au stade terminal et irréversible, touchant les deux reins et nécessitant soit une hémodialyse régulière soit une dialyse péritonéale, soit une greffe de rein. Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste en néphrologie.

• Transplantation d'organe(s) vital(aux)

Intervention de transplantation dans laquelle l'Assuré est le receveur d'un organe majeur complet (cœur, poumon,

foie, rein, intestin grêle ou pancréas) ou de moelle osseuse. Cette définition couvre également la confirmation de l'inscription de l'Assuré sur une liste nationale officielle d'attente de greffe pour l'un des organes.

• **Cancer**

On désigne par cancer toute tumeur à cellules malignes, caractérisée par un développement anarchique, qui franchit ou dépasse les limites de la membrane basale sans la respecter ainsi que les tissus avoisinants/ adjacents et/ou avec propagation de métastases à distance. Cette définition inclut les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin. Les mélanomes malins sont couverts si la tumeur est de stade supérieur ou égal à pT1bN0M0 (soit respectivement un indice de Breslow supérieur à 1 mm d'épaisseur verticale ou avec ulcération ou niveau de Clark IV ou V).

Seul l'examen anatomopathologique définitif permet d'affirmer la malignité d'une tumeur.

Seule la date de l'examen anatomo-pathologique définitif permet de déterminer la date du diagnostic.

A défaut de pouvoir pratiquer un examen anatomopathologique pour des raisons médicales, le diagnostic de tumeur maligne doit être confirmé par un cancérologue. De plus, les raisons médicales doivent être justifiées et la tumeur maligne confirmée par un scanner ou une IRM.

• **Sclérose en plaques – avec syndromes persistants**

Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste en neurologie. Le diagnostic doit confirmer des anomalies neurologiques persistantes, a minima modérées, et l'existence de troubles associés.

Les symptômes typiques de démyélinisation et d'atteinte motrice ou sensitive doivent être prouvés. Le diagnostic doit s'appuyer sur des techniques diagnostiques modernes comme l'imagerie médicale.

L'assuré doit avoir un score EDSS supérieur à 5 (EDSS > 5) et présenter des anomalies neurologiques persistantes **depuis au moins six mois consécutifs**.

• **Maladie d'Alzheimer**

Dégradation ou perte des capacités intellectuelles et/ou comportement anormal, diagnostiqués et confirmés par un médecin spécialiste en neurologie. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de toute autre démence organique doit s'appuyer sur l'état clinique du patient, et sur des questionnaires et tests reconnus applicables à la maladie d'Alzheimer ou aux

maladies dégénératives organiques irréversibles. La maladie doit entraîner une diminution significative (Score MMS<20) et concomitante des fonctions cognitives et sociales qui nécessite une surveillance et une assistance continues de l'Assuré. Le diagnostic doit être établi avant l'âge de 60 ans.

• **Maladie de Parkinson**

Le diagnostic précis de maladie de Parkinson idiopathique avant l'âge de 60 ans doit être établi par un médecin spécialiste en neurologie. La maladie se traduit par l'incapacité d'effectuer, sans l'aide constante d'une tierce personne, trois ou plus des 6 actes de la vie quotidienne (Classification AVQ) suivants:

Les AVQ sont au nombre de 6 :

- La toilette : aptitude à se laver dans la baignoire ou la douche (y compris l'entrée ou la sortie de la baignoire/douche) ou à se laver par d'autres moyens.
- L'habillement : aptitude à mettre, enlever, attacher et détacher tous ses vêtements et, le cas échéant, tous appareils orthopédiques, membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux.
- L'alimentation : aptitude à s'alimenter avec des plats préparés et mis à disposition.
- La continence : aptitude à utiliser les toilettes ou à éliminer ses urines et ses selles, y compris avec l'aide de protection ou de dispositifs chirurgicaux si nécessaire.
- Le déplacement : aptitude à se déplacer à l'intérieur de son logement, sur des surfaces sans obstacles.
- Les transferts : aptitude à passer du lit à une chaise ou à un fauteuil roulant, ou inversement.

« **NON-FUMEUR** » : L'assuré est considéré comme « non-fumeur » à condition qu'il ne fume pas ou qu'il ait arrêté de fumer (la cigarette ou toutes autres substances) depuis au moins 24 mois continus, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical. Il est précisé que la cigarette électronique est assimilée à la cigarette traditionnelle.

PERTE TOTALE et IRREVERSIBLE d'AUTONOMIE (PTIA) : Invaliderie 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 de la Vie Quotidienne (AVQ).

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).

PREPAR-VIE - Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 142 183 792 euros. Siège social : Tour Franklin, 101 Quartier Boieldieu - 92800 Puteaux, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 323 087 379 RCS Nanterre.

PREPAR IARD - Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 800 000 euros. Siège social : Tour Franklin, 101 Quartier Boieldieu - 92800 Puteaux, , immatriculée sous le numéro 343 158 036 RCS de Nanterre.