

Extrait des Conditions Générales du Contrat Groupe souscrit par monabanq. auprès de :
SERENIS ASSURANCES SA – Société anonyme au capital de 16 422 000 € – 350 838 686 RCS ROMANS – N° TVA :
FR13350838686. Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel 26000 VALENCE

QUELQUES DEFINITIONS :

Assureur :

SERENIS ASSURANCES SA

Adresse postale : Service Prévoyance - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL Cedex 9.

Contractant / Souscripteur du contrat Groupe :

monabanq. banque et Intermédiaire d'assurances - Société Anonyme à Conseil d'Administration au capital de 17 000 000 € - Siège social : 61 avenue Halley, Parc de la Haute Borne, 59650 Villeneuve d'Ascq – RCS Lille Métropole 341 792 448 - Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 028 164. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

Adhérent :

Personne physique désignée sur la demande d'adhésion, qui adhère au contrat Groupe et paie les cotisations.

Assuré :

Personne physique sur laquelle reposent les garanties. Cette personne peut être titulaire d'un compte de dépôt chez monabanq. En présence d'un compte joint, les 2 titulaires adhèrent au contrat Groupe. Elle(s) est(sont) désignée(s) ci-après sous le terme général d'« assuré ».

Accident :

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

Ne sont pas considérées comme « accident » les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, un accident cardio-vasculaire, un accident cérébro-vasculaire, un accident ischémique transitoire, les lombalgies, les cervicalgies, lumbagos, les sciatalgies, les affections dorso-vertébrales ainsi que les hernies.

Toute autre définition de l'accident ou toute classification d'accident retenue par un autre organisme et en particulier la Sécurité Sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

Seul l'accident survenu postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion est pris en charge au titre du présent contrat. En tout état de cause, la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré incombe au(x) bénéficiaire(s).

Décès accidentel :

Il s'agit de la mort accidentelle de l'assuré donnant lieu à l'établissement d'un acte de décès ou d'une décision judiciaire de disparition. La mort clinique n'est pas assimilée au décès.

Le décès doit intervenir dans un délai maximum de 12 mois à compter de la date de l'accident.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle :

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

Consolidation :

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

Conjoint :

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

Le sigle ☞ signifie que le terme est défini dans l'encadré ci-dessus.

IMPORTANT : VOS DECLARATIONS

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

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

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

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

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

Si, dans le cadre d'un sinistre, l'assuré fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les ayants droits qui demanderaient indûment une prestation au titre d'une garantie décès de l'assuré.

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

INFORMATION PRECONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE

Les présentes conditions générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance. En vue des relations précontractuelles et contractuelles entre l'assuré et l'assureur, ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française sera applicable. La loi applicable aux relations précontractuelles entre l'assuré et l'assureur et au contrat est la loi française.

1 - OBJET DU CONTRAT

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

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

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

2 - DUREE DU CONTRAT

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

3 - CONDITIONS D'ADHESION

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

3.1. Pour la garantie Décès accidentel

L'assuré est admissible au contrat d'assurance et pourra bénéficier de la garantie Décès et des prestations d'assistance si, au jour de l'adhésion, il réunit les conditions suivantes :

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

3.2. Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle

Pour bénéficier de la garantie ☞ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, il faut satisfaire, au jour de l'adhésion, aux conditions requises pour bénéficier de la garantie Décès et de plus :

- exercer une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non) en France Métropolitaine ou dans un pays limitrophe,
- ne pas être en arrêt de travail pour raison de santé,
- ne pas avoir été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs durant les 12 mois précédant l'adhésion,
- ne pas être titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité,
- ne pas être exonéré du ticket modérateur pour raison de santé.

4 - TERRITORIALITE

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

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

5. - BENEFICIAIRE DU CONTRAT

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

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

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

5.2 - Quelles sont les modalités de désignation des bénéficiaires ?

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

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

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

L'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat de garantie, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 7. Ainsi, l'adhésion pourra prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation. La prise d'effet du contrat antérieurement à l'expiration du délai de rétractation est soumise à l'acceptation expresse du souscripteur, matérialisée dans le bulletin d'adhésion. Les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion.

7 - DROIT DE RENONCIATION

7.1. Faculté de renonciation

Lorsque le contrat a été conclu à la suite d'une opération de démarchage (art. L 112-9 al. 1 du Code des assurances), l'assuré a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

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

La renonciation prend effet au moment de la notification. En cas de renonciation, l'assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

7.2. Modalités de renonciation

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

La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

8 - CESSATION DES GARANTIES

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

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

9 - DEFINITION DES GARANTIES

9.1. Décès accidentel

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

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

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

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

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

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

9.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle

En cas de ☞ perte totale et irréversible d'autonomie directement imputable à un ☞ accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion.

L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

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

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

10 - DUREE DE L'INDEMNISATION

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

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

11 - RISQUES EXCLUS

11.1. Au titre de l'ensemble des garanties

Sont exclues les conséquences résultant des événements suivants :

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

12 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Sous réserve de la législation applicable au pays, l'assuré donne mandat à l'assureur en vue d'effectuer toute démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre.

Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...)

Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'assuré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par

la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres.

13 - CONTROLE MEDICAL

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

L'indemnisation est suspendue dès lors qu'une expertise médicale est demandée. A réception du rapport de celle-ci, le Médecin Conseil statuera sur la prise en charge ou non. L'assuré en sera informé par courrier.

14 - ARBITRAGE

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

15 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

15.1. Formalités de déclaration

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

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

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

15.3. Dans les 3 mois suivant la survenance du décès

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

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

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

16 - COTISATION

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

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

La cotisation est révisable annuellement. Sa révision ou celle des garanties s'impose à tous les assurés qui disposent de la faculté de résilier leur adhésion en cas de désaccord conformément à l'article 8. Modalités de notification des prélèvements :

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

17 - FACULTE DE MODIFICATION DE LA GARANTIE

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

18- RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment en adressant à l'assureur une lettre de résiliation recommandée avec accusé réception. La résiliation prendra effet à l'échéance qui suit la date de réception de cette lettre par l'assureur.

19 - DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L113-3 du Code des assurances. A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adressera à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation d'assurance n'est pas réglée dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée, le contrat sera résilié de plein droit.

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré en situation d'impayés le paiement de l'intégralité de la cotisation restant due, à partir du premier impayé jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.

20 - DROIT ET LANGUE APPLICABLE

Le contrat est soumis au Code des assurances français. La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française. Toute relation avec l'assuré se fait en langue française, ce qu'il accepte.

21 - PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du Code, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Causes d'interruption de la prescription :

Aux termes de l'article L 114-2 du Code, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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.

Les causes d'interruption ordinaire sont les suivantes :

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

22 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

(Loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04)

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet de traitements principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe dont monabanq. et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés, sous réserve du respect du secret médical.

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 Chemin A. PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

23 - A QUI S'ADRESSER EN CAS DE RECLAMATION ? :

Réclamation :

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au : Responsable des relations consommateurs Sérénis Assurances 34 rue du Wacken 67906 Strasbourg cedex 9. Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois, sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

Médiation :

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, les coordonnées du Médiateur pourront vous être communiquées sur simple demande auprès de votre interlocuteur habituel. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant l'assureur à un particulier et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges concernant des particuliers sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation sur le site de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (www.ffsa.fr).

Quelques définitions :

Bénéficiaire :

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

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

Domicile :

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

Accident corporel :

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

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Maladie :

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

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge

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

Transport :

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train ou par avion en classe économique.

Territorialité :

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou Monaco.

Durée de validité :

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

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

1.1. Objet de l'assistance autonomie

L'assistance Autonomie de Mondial Assistance met à la disposition du bénéficiaire et de ses proches, un ensemble de services choisis pour l'accompagner dès la souscription du contrat Assurance « Monaprotect Compte » et tout au long de la vie de son contrat.

Service d'écoute, d'information et d'orientation pour soutenir, renseigner et accompagner le bénéficiaire, l'Assistance Autonomie lui apporte toute l'aide qu'il attend.

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

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

A tout moment, le bénéficiaire et ses proches trouveront auprès du service autonomie de Mondial Assistance une « écoute attentive ».

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

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

1.2. Mise en relation avec un réseau de prestataires qualifié

Il s'agit d'une offre de mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner le demandeur dans la recherche de solutions de vie quotidienne. L'objectif de ce service est :

- de délivrer de l'information sur les services à la personne.
- de mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par Mondial Assistance.

Sur demande du bénéficiaire, Mondial Assistance :

- évalue les besoins du bénéficiaire,
- met en relation le bénéficiaire avec des prestataires de services au domicile,
- communique au bénéficiaire toute l'information relative à la défiscalisation associée à ces services agréés ainsi que les informations relatives aux modalités d'intervention, de type mandataires ou prestataires, afin de permettre à l'aidant de choisir les aides les plus adaptées à ses besoins

selon sa situation personnelle.

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plateforme de service, le demandeur/bénéficiaire choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et lui règle directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.

Le règlement des prestataires reste à la charge du bénéficiaire.

1.3. Les services de confort au domicile

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

- serruriers,
- plombiers,
- électriciens,
- vitriers.

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

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

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

Le règlement des prestataires reste à la charge du bénéficiaire.

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

- **Famille** : garde d'enfants, soutien scolaire et cours pour adultes,
- **Vie quotidienne** : Entretien de la maison et travaux ménagers (ménage, repassage...), petit jardinage, petit bricolage, assistance informatique et Internet, assistance administrative et maintenance du domicile en cas d'absence.
- **Personnes âgées et fragilisées** : garde malade, aide à la mobilité, téléassistance, aide au domicile (accompagnement dans les activités quotidiennes) et spécifiquement pour les personnes dépendantes, soins d'hygiène et de mise en beauté et promenade des animaux de compagnie. Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

Pour l'ensemble des prestations de mise en relation, les frais engagés seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

Mondial Assistance assure seulement un service de mise en relation. La responsabilité de Mondial Assistance ou des prestataires ne pourra en aucun cas être recherchée si le bénéficiaire fait une interprétation inexacte ou inappropriée des avis qui lui auront été communiqués par le prestataire.

1.5. Assistance à l'aménagement du domicile

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

- recherche des prestataires spécialisés en fonction des besoins d'aménagement définis lors du bilan de vie et confirmés le cas échéant par un architecte ou un spécialiste de l'habitat suite à l'audit de l'habitat,
- conseil de l'architecte ou du technicien de l'habitat quant aux aménagements nécessaires,
- estimation des travaux à réaliser,
- recherche des possibilités de financement des aménagements,
- constitution et suivi du dossier de demande de financement et information du bénéficiaire,
- après accord formel du bénéficiaire, mise en œuvre des travaux,
- suivi mensuel des travaux sur 6 mois,
- contrôle de la réalisation et réception des travaux, contre-visite de contrôle si nécessaire.

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

1.6. Services ponctuels à domicile

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

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

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

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

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

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

Si le bilan de vie fait ressortir que des aménagements sont nécessaires pour le maintien à domicile du bénéficiaire, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un spécialiste de l'habitat et / ou d'un ergothérapeute pour préciser les moyens nécessaires au maintien à domicile (aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès, suppression de marches, téléassistance ...) et établir un devis des travaux à effectuer.

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

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

2 – POUR LE BENEFICIAIRE DES LE 1^{ER} JOUR D'ADHESION ET POUR LES PROCHES PENDANT L'ANNEE QUI SUITE LE DECES

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

2.1. Santé

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention, ...),
- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés » ...) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...),
- Informations médicales sur le handicap,
- Les problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids, ...
- Les médicaments : les médicaments génériques,
- L'alimentation en général en fonction de certaines pathologies : ex le diabète.

2.2. Formalités administratives

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident :

déclaration à la police, déclaration à l'assurance, déclaration à la Sécurité Sociale,

- Formalités administratives et services publics.

2.3. Juridique

- Comment porter plainte ?
- A qui s'adresser en cas de litige ?
- Les conséquences juridiques inhérentes à une situation de handicap ...
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?
- En cas de veuvage : quels sont les droits concernant les biens du conjoint survivant ?
- La vente de son logement...

2.4. Assistance psychologique

Lorsque le proche souhaite être accompagné pour mieux surmonter le décès d'un bénéficiaire du contrat, Mondial Assistance France organise et prend en charge un soutien psychologique par téléphone par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de Mondial Assistance soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

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

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

3.1. Rapatriement de corps ou inhumation sur place

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

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

3.1.2. Les frais annexes nécessaires à ce transport dans la limite de 763 € TTC (y compris le coût d'un cercueil de modèle simple).

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

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

3.1.4. Le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite de 60 € TTC par nuit avec un maximum de 120 € TTC.

3.2. Assistance aux personnes voyageant avec le bénéficiaire décédé

3.2.1. L'acheminement jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, s'ils ne peuvent utiliser les moyens initialement prévus.

3.2.2. Le voyage d'un conducteur désigné pour ramener le véhicule et les autres passagers lorsque le voyage s'effectuait en voiture et qu'aucun des passagers présents ne peut conduire le véhicule.

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

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

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

3.2.5. Le retour au domicile des enfants de moins de 15 ans avec accompagnement si nécessaire si personne n'est en mesure de s'occuper d'eux.

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

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

3.3.1. La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche » et « Garde au domicile des enfants ou petits enfants ».

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

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

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

3.3.3. La garde au domicile des enfants ou petits enfants dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

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

3.3.4. L'Aide ménagère à domicile dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

La prestation reste à la charge des bénéficiaires.

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

3.4. Assistance aux animaux de compagnie

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tout autre animal), Mondial Assistance organise et prend en charge la garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 10 jours consécutifs maximum, en attendant que la famille prenne les dispositions appropriées.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

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

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

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

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

3.6. Information décès / succession

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

3.6.1. Le décès

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

3.6.2. Les obsèques

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

3.6.3. Les démarches de succession

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

3.6.4. Le règlement de la succession

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

3.6.5. Les règles de répartition de la succession

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

3.6.6. Les situations particulières d'héritage

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

3.6.7. Comment disposer, prendre possession des biens

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

3.6.8. Les droits de succession

- les biens à déclarer,
- la détermination de l'actif successoral taxable,
- le paiement des droits et contrôle du fisc.

3.6.9. Les droits du conjoint et de ses enfants

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

4 – DISPOSITIONS GENERALES

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

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

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

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

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

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

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

4.1. Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

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

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

4.2. Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

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

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

4.3. Exclusions générales

Sont exclus :

- les demandes non justifiées
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf le cas de légitime défense,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les conséquences :

- + des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- + de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- + de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- + de l'exposition à des agents incapacitants,
- + de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

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

- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.
- toutes les hospitalisations planifiées,
- les frais de cure thermique,
- les interventions à caractère esthétique,
- les frais de séjour dans une maison de repos,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant.

4.4. Mise en œuvre des garanties

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

Téléphone : + 33 (0)1.40.25.16.41
Télécopie : + 33 (0)1.40.25.55.82

accessibles 24h/24, 7 jours / 7, sauf mentions contraires,

en indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit (921.181),
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.