

NOTICE D'INFORMATION – PREVENTIO

Notice d'information valant informations contractuelles et précontractuelles Référence 16.36.33 – 07/2021

Assureur :

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

Souscripteur :

MONABANQ, société anonyme à Conseil d'administration au capital de 19 500 000 € - Siège social : 61 avenue Halley, Parc de la Haute Borne, 59650 Villeneuve d'Ascq - RCS Lille 341 792 448 - Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 028 164 (consultable sur le site www.orias.fr), détenu indirectement à plus de 10 % par la Banque Fédérative du Crédit Mutuel, société mère du Groupe des Assurances du Crédit Mutuel.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR VOIE TELEPHONIQUE CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION

1. Modalités d'adhésion

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

Les informations précontractuelles et contractuelles lui sont adressées par voie postale ou par e-mail.

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

Le contrat prend effet à la date figurant sur le courrier valant certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'Adhérent. La cotisation est payable immédiatement lorsque l'Adhérent accepte l'effet immédiat du contrat sans attendre la fin du délai de renonciation.

3. Preuve du contrat

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

INFORMATION PRECONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE

La présente notice d'information vaut également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance.

IMPORTANT : VOS DECLARATIONS

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

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

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

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

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

Si, dans le cadre d'un sinistre, l'Assuré fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des frais, préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les bénéficiaires 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. En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, l'Adhérent (ou les bénéficiaires) sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire et/ou forfaitaire couvrant le même risque.

QUELQUES DEFINITIONS :

Accident :

Toute atteinte corporelle, violente et imprévisible, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute autre définition de l'Accident ou toute classification d'Accident retenue par un autre organisme, et en particulier par la Sécurité sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

Accident de la circulation :

Accident survenu à l'Assuré sur la voie publique en tant que piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule de tourisme motorisé, autre qu'un moyen de transport en commun. On entend par « transport en commun » tout moyen de transport public, commercial, terrestre, maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départ et d'arrivée déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

Adhérent(s):

L'Adhérent est la personne physique désignée sur la demande d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique, qui adhère au contrat et paie les cotisations.

Assuré(s) :

Les Assurés sont :

- L'Adhérent
- Le conjoint de l'Adhérent (défini ci-après) s'il est mentionné sur la demande d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique, ci-après sous le terme général d'«Assuré».

Conjoint :

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

Consolidation :

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer 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.

Décès accidentel :

Il s'agit du décès de l'Assuré directement imputable à un Accident garanti et 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).

1 – OBJET DU CONTRAT – PERSONNES ASSURABLES

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.

L'Assuré est la personne physique client qui en a fait la demande et qui satisfait aux conditions d'adhésion définies ci-après.

Il ne peut être enregistré au titre du contrat Préventio, 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'Adhérent.

En Formule SOLO :

En cas Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par accident, l'Assuré est l'Adhérent.

En Formule DUO :

En cas Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par accident, les Assurés sont l'Adhérent et son Conjoint.

Dans le cadre de la formule DUO, en cas de changement de conjoint en cours de vie du contrat, le nouveau Conjoint sera couvert par l'assurance Préventio s'il répond au jour de l'adhésion au contrat, aux conditions prévues par l'article 3.

Les conditions d'éligibilité seront vérifiées au jour du sinistre sur la base des pièces justificatives.

2 – DUREE DU CONTRAT

Sans préjudice de l'application de l'article 8, l'adhésion est annuelle.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an. Elle est automatiquement reconduite chaque année pour la durée d'un an supplémentaire, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties et sauf dispositions contraires figurant aux Conditions particulières.

L'assurance est résiliable selon les conditions prévues par l'article 19.

3 - CONDITIONS D'ADHESION

Les conditions d'adhésion déterminent les garanties accordées à l'Assuré, dans les limites prévues par l'article 8, et seront vérifiées au moment de la déclaration de sinistre.

L'Assuré est admissible au contrat d'assurance et pourra bénéficier des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutifs à un accident et des prestations d'assistance si, au jour de l'adhésion, il réunit les conditions suivantes:

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

Attention, au jour de l'adhésion, si la personne assurée a atteint l'âge limite énoncé à l'article 8 concernant la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à accident, elle ne pourra pas en bénéficier. Elle bénéficiera uniquement de la garantie Décès accidentelle seule.

Le Conjoint est éligible aux mêmes garanties que l'Adhérent s'il répond aux mêmes conditions d'adhésion au jour de l'adhésion. Si l'Adhérent n'est pas éligible à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le Conjoint ne pourra pas non plus en bénéficier.

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. Bénéficiaires

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident, le bénéficiaire est l'Assuré.

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

5.2. Quelles sont les modalités de désignation des bénéficiaires ?

L'Adhérent désigne le ou les bénéficiaire(s) du contrat lors de l'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. La désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'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'Adhérent. 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 bénéficiaires visés au 5.1. 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. En l'absence de bénéficiaire acceptant, l'Adhérent peut modifier à tout moment la désignation de bénéficiaire, en avisant par écrit l'assureur par lettre recommandée.

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

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

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

Les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion.

7 - DROIT DE RENONCIATION

Faculté de renonciation

L'Adhérent dispose de la faculté de renoncer à l'adhésion lorsqu'elle a été conclue à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.

L'article L.112-9 alinéa 1 du Code des assurances énonce notamment :

"I. - Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Ce droit est reconnu à l'Adhérent pendant un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de la conclusion de l'adhésion,
- de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure, et expire le dernier jour à 24h00.

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

Afin de renoncer au contrat, il convient de nous adresser, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

"Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro de l'adhésion figurant sur le bulletin d'adhésion] auquel j'avais souscrit le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. [Date] [Signature de l'adhérent]."

La renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. En cas de renonciation, L'Adhérent n'est tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

8 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin à l'égard de chaque Assuré :

Pour le risque Décès accidentel :

- à l'échéance principale qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré,

Pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle :

- à l'échéance principale suivant la liquidation de la retraite de l'Assuré,
- en tous les cas, au plus tard, à l'échéance principale suivant l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale, y compris le service des prestations résultant d'une prise en charge de ce risque antérieurement à cette date.

Dans tous les cas :

- les garanties prennent fin à l'égard du Conjoint dès lors qu'elles prennent fin à l'égard de l'Adhérent.
- les garanties prennent fin lors du versement du capital et du forfait mensuel en cas de Décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré. Il ne peut y avoir de cumul des prestations.

9 - DEFINITION DES GARANTIES

9.1. Décès accidentel

En cas de décès de l'Assuré directement imputable à un accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel, dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique. Le capital est versé dans les 5 jours à réception du dossier complet de déclaration de sinistre par l'assureur, dès lors que le(s) bénéficiaire(s) en fait (font) la demande expresse.

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

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

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

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

9.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie directement imputable à un Accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique. L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur (confère article 12 Obligations en cas de sinistre).

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.

9.3. Doublement du capital et du forfait mensuel en cas d'Accident de la circulation

Si le dommage est dû à un Accident de la circulation, le capital et le forfait mensuel, versés en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie ou de Décès, sont doublés.

10 - DUREE DE L'INDEMNISATION

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

11 - RISQUES EXCLUS

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;
- des risques aériens spéciaux provenant des compétitions, démonstrations, acrobaties, essais sur prototypes, tentatives de record, sauts avec parachutes non homologués, vol sur aile volante, U.L.M. ;
- pratique par l'Assuré d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement ;
- les accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel de l'Assuré ou du bénéficiaire ;
- les sinistres n'ayant pas pour origine un accident garanti ;
- les 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) ;
- 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 ;
- des maladies ou affections, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (notamment affection cardiovasculaire, attaque cérébrale, rupture d'anévrisme...) ;
- d'affections virales, microbiennes, parasitaires, mycosiques et infectieuses, y compris les affections ou lésions consécutives à une piqûre d'insecte ou à une contamination, même si elles résultent d'un accident garanti ;
- d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses, fibromyalgies ;
- d'affections cardio-vasculaires et vasculaires, un Accident cardio-vasculaire, un Accident vasculaire-cérébral, un Accident ischémique transitoire, un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque.

12 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit fournir toute pièce justificative, répondre à tous questionnaires de l'assureur et se prêter, le cas échéant, à toute expertise ou toute vérification que l'assureur estime nécessaire. 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...).

L'Assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix et de produire les conclusions de ce médecin.

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 incapacité de travail 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.

L'Assuré conserve tout comme l'assureur la faculté d'exercer une action en justice.

13 – 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.

14 – REGLEMENT DES PRESTATIONS

14.1. 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** :

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

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

14.3. 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).

14.4. 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.

15 - 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 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. »

Causes d'interruption de la prescription :

Aux termes de l'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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé 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 ordinaires sont les suivantes :

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

16 - COTISATIONS

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

La cotisation est payable mensuellement par avance.

La cotisation est révisable annuellement. Sa révision s'impose à l'Adhérent qui dispose de la faculté de résilier son adhésion en cas de désaccord conformément à l'article 19.

Elle peut être révisée également dans les cas suivants :

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

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

18 - DEFAUT DE PAIEMENT

Si l'Adhérent ne règle pas sa cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'intégralité de la prime annuelle devient immédiatement exigible. Si un fractionnement (semestriel, trimestriel ou mensuel) du paiement de la prime était en place sur son adhésion, il perd le bénéfice de cette facilité de paiement.

L'assureur adressera, à son dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, s'il n'a pas réglé à l'expiration d'un délai de 40 jours, la résiliation de l'adhésion.

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant du droit de l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation de l'adhésion, l'assureur poursuivra le recouvrement des sommes qui lui sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée jusqu'à la date de résiliation de votre adhésion, ainsi que d'une pénalité correspondant à 2 mois de cotisations. L'assureur se réserve le droit de demander à l'Adhérent en situation d'impayés le paiement de l'intégralité de la cotisation restant due, à partir du premier impayé jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.

19 - FIN DE L'ASSURANCE

L'adhésion prend fin :

- en cas de résiliation de la part de l'Adhérent. Ce dernier peut mettre fin à son adhésion à tout moment par lettre ou tout autre support durable ; par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ; par acte extrajudiciaire ; lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. L'assureur confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet à l'échéance mensuelle qui suit la date de réception de cette lettre par l'assureur,
- en cas de dénonciation par l'Adhérent dans les 30 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,
- au Décès de l'Adhérent,

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

Pour la formule DUO, l'Adhérent doit informer MONABANQ de tout changement concernant sa situation familiale remettant en cause l'éligibilité des Assurés aux garanties.

INFORMATIONS LEGALES

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

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

Autorité de contrôle : L'autorité de contrôle de SERENIS ASSURANCES SA et MONABANQ est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX09.

Données personnelles

1. Le traitement de vos données personnelles

1.1 Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

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

Nous précisons que les données peuvent être recueillies directement auprès de vous ou qu'elles peuvent, s'agissant essentiellement de vos indemnités journalières, émaner de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

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

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention.

Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Vos données peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance, laquelle recouvre l'exagération frauduleuse du montant des réclamations. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Les déclarations, informations et tous justificatifs présentés en vue de l'acceptation et de l'établissement du contrat, puis à l'appui des demandes de délivrance de services, de règlement de sinistres ou de prestations, peuvent faire l'objet de vérifications. Ces vérifications sont destinées à vérifier la cohérence des déclarations, des circonstances et des conséquences du sinistre ainsi que la réalité, véracité et intégrité des éléments.

1.2 A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

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

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Elles sont également adressées aux autorités et organismes contribuant à la lutte contre ces phénomènes.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration fiscale française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

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

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

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

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4 Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En l'absence de conclusion de contrat vos données sont conservées pour une durée maximale de 2 ans. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

2. Les droits

2.1 Nature des droits

La personne concernée dispose, s'agissant de ses données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de suppression, de limitation et de portabilité. Elle peut en outre s'opposer, dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

2.2 Exercice des droits

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

2.3 En cas de difficultés

En cas de difficulté relative au traitement de ses informations personnelles, la personne concernée peut adresser sa réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

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

Communication d'informations par voie électronique

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

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

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

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>

Médiation : En cas de persistance de votre litige, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance. Il ne pourra examiner votre demande que si vous justifiez nous avoir adressé, au préalable, une réclamation selon les modalités prévues par

votre contrat et si aucune action judiciaire n'a été engagée. Votre saisine doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite. Vous avez également la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance en l'absence de réponse à votre réclamation dans le délai de deux mois.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois.

Cet avis ne lie pas les parties.

Il est possible de saisir la Médiation par voie électronique : <https://www.mediationassurance/saisir+le+mediateur> ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».

CONVENTION D'ASSISTANCE

Besoin d'assistance ?

► Contactez-nous 24/24 et 7j/7 (sauf mention contraire dans la convention d'assistance) au :

- 01 40 25 53 80* depuis la France métropolitaine,
- +33 1 40 25 53 80* depuis l'étranger.

Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr>

*numéros non surtaxés

► Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit,
- Les nom et prénom du Bénéficiaire,
- L'adresse exacte du Bénéficiaire,
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint.

Les prestations de la présente convention d'assistance sont souscrites auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris
Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée l'« **Assisteur** »

1. ÉVÉNEMENTS GARANTIS

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

- Les prestations décrites à l'article 5.1 « INFORMATIONS - RÉSEAUX DE SERVICES À DOMICILE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 5.2 « INVALIDITÉ » sont délivrées en cas de survenance d'une Invalidité du Bénéficiaire ayant pour origine un Accident corporel.
- Les prestations décrites à l'article 5.3 « DÉCÈS ACCIDENTEL » sont délivrées en cas de décès du Bénéficiaire survenu à l'occasion d'un déplacement à plus de 200 km du Domicile.

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

2. RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE INFORMATIONS – RÉSEAUX DE SERVICES À DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Informations juridiques, administratives et pratiques.	Illimité.	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestations rendues par téléphone exclusivement.
Services à la personne.	Organisation et coordination sans prise en charge.	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestations rendues par téléphone exclusivement. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.

INVALIDITÉ

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Accompagnement psychologique du Bénéficiaire.	3 entretiens par tel et/ou 3 séances maximum de consultation en cabinet. 80€ TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
Aide-ménagère à Domicile.	12H maximum réparties sur 10 jours.	La mise en œuvre doit s'effectuer dans les 6 mois suivant l'invalidité
Ergothérapeute.	Mise en relation sans prise en charge.	

DÉCÈS ACCIDENTEL

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ORGANISATION DES OBSÈQUES		
Rapatriement ou transport de corps	Coût du transport réalisé par l'Assisteur.	Les Frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.
Frais funéraires.	Jusqu'à 2.500 € TTC	
Retour au Domicile des Membres de la	Coût du Transport réalisé par l'Assisteur.	Les Membres de la famille ne peuvent rentrer dans les conditions initialement prévues.
Garde des Animaux de	10 jours maximum	
ASSISTANCE AUX ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ		
Transfert d'un Proche venant garder les Enfants du	Coût du Transport aller et retour organisé par l'Assisteur.	Les prestations « Transfert d'un Proche » et « Transfert des enfants » ne peuvent pas être cumulées.
Transfert des Enfants chez un Proche (avec accompagnement par un Proche	Coût du Transport aller et retour organisé par l'Assisteur.	
Garde des Enfants au Domicile du	24 heures maximum	Les prestations « Transfert d'un Proche » et « Garde des Enfants au Domicile » ne peuvent pas être cumulées.

3. VALIDITÉ DE LA CONVENTION

VALIDITÉ TERRITORIALE

⇒ Les prestations décrites à l'article 5.1 « INFORMATIONS - RÉSEAUX DE SERVICES À DOMICILE » et à l'article 5.2 « INVALIDITÉ » sont délivrées en France métropolitaine.

⇒ Les prestations décrites à l'article 5.3 « DÉCÈS ACCIDENTEL » sont accordées pour les événements garantis survenus dans le monde entier, **à plus de 200 km du Domicile, à l'exception des Pays non couverts**, pour tout déplacement n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs.

PAYS NON COUVERTS

Corée du Nord. La liste mise à jour des pays exclus, est disponible sur le site internet d'AWP France SAS à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat d'assurance « PRÉVENTIO » et de l'accord liant l'Assureur mentionné aux Conditions Générales et l'Assisteur pour la délivrance de ces prestations.

4. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente convention d'assistance (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT CORPOREL

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ADHÉRENT

L'Adhérent est la personne physique qui adhère au contrat d'assurance « PREVENTIO » et paie les cotisations.

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens, **à l'exclusion de tout autre animal**. Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

ASSISTEUR

AWP France SAS

ASSURÉ

Les Assurés sont :

- l'Adhérent,
 - le Conjoint,
- mentionnés au contrat d'assurance « PREVENTIO »,

BÉNÉFICIAIRE

Les Assurés.

CONJOINT

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

DOMICILE

Le Domicile peut être le lieu de résidence principale situé en France métropolitaine et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu, ou le lieu de résidence secondaire, situé en France métropolitaine, à condition que la résidence principale se situe en France métropolitaine.

ENFANTS

Les Enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint, âgés de moins de 26 ans et fiscalement à charge de l'un de leurs parents.

Néanmoins, seuls les Enfants et petits-enfants de moins de 15 ans peuvent bénéficier des prestations de l'« ASSISTANCE AUX ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ ».

FRAIS FUNÉRAIRES

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation obligatoires, de conditionnement, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

FRANCHISE

Distance kilométrique à partir de laquelle les prestations d'assistance sont accordées. La distance est calculée depuis le Domicile jusqu'au lieu de survenance de l'événement garanti, sur la base de l'itinéraire le plus court calculé par Viamichelin.

INVALIDITÉ

Diminution des facultés physiques et mentales d'une personne dont l'état ouvre droit à une pension d'invalidité dans les conditions prévues aux articles L341-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

MEMBRE DE LA FAMILLE

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

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par l'Assisteur.

PROCHE

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

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location.

Le choix du Transport incombe à l'Assisteur.

5. PRESTATIONS

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

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

5.1 - INFORMATIONS – RÉSEAUX DE SERVICES À DOMICILE

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, l'Assisteur communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

❖ Informations juridiques, administratives et pratiques

L'Assisteur communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- informations juridiques : fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession,
- information sur les démarches administratives à effectuer,
- informations pratiques : information loisirs pour les seniors, informations spécialisées pour les malvoyants, etc.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. L'Assisteur s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

L'Assisteur peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par l'Assisteur exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de l'Assisteur ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués. En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

❖ **Services à la personne**

L'Assisteur peut :

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

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

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

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

5.2 - INVALIDITÉ

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

❖ **Accompagnement psychologique**

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 2 « RESUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00.

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

❖ **Aide-ménagère à Domicile**

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide-ménagère pour effectuer les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

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

❖ **Ergothérapeute**

L'Assisteur met le Bénéficiaire en relation avec un ergothérapeute afin de l'aider à s'adapter à son handicap pour reprendre les activités de la vie quotidienne.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00.

Le coût des consultations reste à la charge du Bénéficiaire.

5.3 - DÉCÈS ACCIDENTEL

L'Assisteur organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

ORGANISATION DES OBSEQUES

- ❖ **Rapatriement ou transport du corps** depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine et choisi par le défunt ou les Membres de la famille,

- ❖ **Frais funéraires** afférents à ce transport,

- ❖ **Retour au Domicile des Membres de la famille restés sur place** (Transport aller simple).
- ❖ **Garde des Animaux de compagnie**, par un professionnel selon les disponibilités locales. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge.

ASSISTANCE AUX ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ

L'Assisteur organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

- ❖ **Transfert d'un Proche** (Transport aller-retour), qui vient garder les Enfants au Domicile du Bénéficiaire décédé. **Prestation non cumulable avec les prestations « Transfert des Enfants chez un Proche » et « Garde des Enfants au Domicile ».**
- ❖ **Transfert des Enfants chez un Proche** (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) ou d'un Prestataire pour les accompagner.
Prestation non cumulable avec la prestation « Transfert d'un Proche ».
- ❖ **Garde des Enfants au Domicile** du Bénéficiaire décédé ou au Domicile d'un Proche chez qui ils sont temporairement hébergés.
Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h00 et 19h00, **dans la limite des disponibilités locales.**
Prestation non cumulable avec la prestation « Transfert d'un Proche ».

6. RESPONSABILITÉ

L'Assisteur 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.

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

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

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

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

La responsabilité de l'Assisteur ne concerne que les services qu'il réalise en exécution de la Convention.

Il ne sera pas tenu responsable :

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

7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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

- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire ;
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement ;
- les conséquences :
 - o des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - o de l'exposition à des agents biologiques infectants,

- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents radioactifs,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne ;
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense ;
- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité, antérieurement avérées/constituées,
- la participation du Bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle ou à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;
- l'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le Bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;
- les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : le kitesurf, le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, le delta-plane, planeur, parapente, toute activité de parachutisme ainsi que tout sport effectué avec ou à partir d'aéronefs ultralégers motorisés au sens du Code de l'aviation civile ;
- les conséquences d'un événement survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome ;
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

8. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées. En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'Assisteur le tiendrait informé.

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

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

9. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

L'Assisteur fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

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

10. PRESCRIPTION

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

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

- Article L114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'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 L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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 L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :

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

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

11. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

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

11.1. Responsable du traitement des données

Fragonard Assurances et AWP France SAS sont responsables du traitement de données à caractère personnel, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

11.2. Données collectées

Les différents types de données personnelles sont collectées et traitées conformément à ce qui suit :

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

Dans ce cadre, les « données personnelles sensibles » pourront être collectées et traitées.

11.3. Collecte et traitement de données

Les données personnelles transmises par le Bénéficiaire et celles reçues de tiers (comme expliqué plus bas), sont collectées et traitées pour un certain nombre de finalités et sous réserve du consentement exprès du Bénéficiaire, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Consentement exprès ?
• Administration du contrat d'assurance (ex. : devis, souscription, traitement des réclamations)	• Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre de la souscription du contrat d'assurance et/ou du traitement de la réclamation, le consentement exprès du Bénéficiaire, ne sera pas sollicité.
• Gestion du recouvrement de créances	• Non
• Prévention et détection de la fraude	• Non
• Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	• Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, les données personnelles traitées sont reçues du partenaire commercial **Sérénis Assurances**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles il est indiqué que le consentement exprès du Bénéficiaire n'est pas requis ou dans les cas où AWP France SAS aurait besoin de ces données personnelles dans le cadre de la souscription du contrat d'assurance et/ou de la gestion de sinistre, les données personnelles sont traitées sur la base des intérêts légitimes d'AWP France SAS et/ou conformément à ses obligations légales.

Les données personnelles du Bénéficiaire seront nécessaires pour tout achat de produits et services. Si le Bénéficiaire ne souhaite pas fournir ces données, AWP France SAS ne sera pas en mesure de garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles d'intéresser le Bénéficiaire, ou encore de lui proposer des offres adaptées à ses exigences spécifiques.

11.4. Accès aux données

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que :

- tiers, responsables du traitement des données : organismes du secteur public, autres sociétés du groupe, réassureurs.
- préposés au traitement des données, opérant sous la responsabilité d'AWP France SAS et Fragonard Assurances :
 - autres sociétés du groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués des opérations d'AWP France SAS (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être partagées dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de l'activité d'AWP France SAS et de Fragonard Assurances, de ses actifs ou de ses titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de se conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où le Bénéficiaire présenterait une réclamation concernant l'un de produits ou services d'AWP France SAS et Fragonard Assurances.

11.5. Transfert des données

Les données personnelles du Bénéficiaire pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 11.4 toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert des données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE, en contactant AWP France SAS comme indiqué dans la section 11.8. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, des mesures seront prises afin de garantir que le transfert des données personnelles hors UE soit effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance des mesures de protection mises en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

11.6. Droits relatifs aux données personnelles

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, le Bénéficiaire a le droit :

- d'accéder à ses données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
 - de retirer son consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de ses données personnelles ;
 - de mettre à jour ou de rectifier ses données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
 - de supprimer ses données personnelles de systèmes d'AWP France SAS si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
 - de restreindre le traitement de ses données personnelles dans certaines circonstances ;
 - de s'opposer au traitement de ses données personnelles par les services d'AWP France SAS, ou de solliciter l'arrêt du traitement des dites données ;
 - d'obtenir ses données personnelles au format électronique, pour son usage personnel ou celui de son nouvel assureur ; et
 - de déposer une plainte auprès d'AWP France SAS et/ou de l'autorité de protection des données compétente.
- Le Bénéficiaire peut exercer ces droits en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

11.7. Durée de conservation des données

Les données personnelles du Bénéficiaire sont conservées pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

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

Les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Les données personnelles ne sont pas conservées plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

11.8. Contact

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, le Bénéficiaire peut contacter AWP France SAS par e-mail ou par courrier postal :

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

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

12. AUTORITÉ DE CONTROLE

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

13. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

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