



ASSURANCE DE PERSONNES PRÉVOYANCE



NOTICE D'INFORMATION (valant Dispositions Générales)

KARMA

Référence : EQC080A_NI_12/2018

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance Décès Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) en cas d'accident est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par RMP, association régie par la loi du 1er juillet 1901 sise au 1050 Chemin des Exquerts 84170 MONTEUX, auprès de L'Équité, SA au capital de 26 469 320 euros.

Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS Paris. Siège Social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, au profit de ses adhérents.

L'assureur délègue la gestion des adhésions au gestionnaire POP Santé - Immeuble le Saphir - 477 avenue Jules Verne - 84700 SORGUES.

Le contrat d'assurance de groupe souscrit par l'Association RMP auprès l'EQUITE est géré dans le cadre de la convention AC490200.

Il se compose des documents suivants :

La présente Notice d'information régit le fonctionnement du contrat, le contenu des garanties, ainsi que les exclusions. Elle donne également la définition des termes d'assurance utilisés; ces définitions ont un caractère contractuel.

Le bulletin d'adhésion qui reprend l'ensemble de vos données personnelles, vos déclarations et les garanties souscrites.

Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,

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

Le fait pour l'assuré de se prévaloir du présent contrat, notamment en effectuant des déclarations relatives au risque assuré, en déclarant un sinistre ou en fournissant à une autre personne les références du contrat pour justifier d'une assurance, vaut acceptation irrévocable de l'ensemble des stipulations de celui-ci qui constituent un tout indivisible.

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

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09.

1 - DEFINITIONS

Accident : Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'adhérent - à l'exclusion d'une maladie - et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Ce sont notamment les traumatismes, les chutes, les chocs, les fractures, les morsures, les piqûres d'animaux ou de plantes, les brûlures, asphyxies et empoisonnements divers.

Ne sont pas considérés comme accident mais comme maladie l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, et l'épilepsie.

Assuré(s) : Personne physique sur laquelle repose le risque et désignée aux Certificats d'adhésion, c'est à dire l'adhérent au contrat, âgé de plus de 18 ans et de moins de 65 ans et résidant en France à titre principal.

Avenant : Document établi par la Compagnie constatant une modification du contrat.

Code des assurances : Ensemble des textes législatifs et réglementaires français qui régit le contrat d'assurance et définit notamment les rapports entre Assurés et Assureurs.

Déchéance : Perte de vos droits à l'indemnité d'assurance à la suite de l'inobservation de certaines de vos obligations.

Échéance : Date à laquelle l'adhérent doit payer la cotisation d'assurance.

Maladie : Toute altération de la santé entraînant une modification de l'état général et pouvant être constatée par une autorité médicale, et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'Adhérent ou d'un tiers

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Accidentelle (PTIA) : Suite à un accident garanti, un assuré est considéré en PTIA s'il est dans l'impossibilité présumée définitive de se livrer à une occupation quelconque lui procurant salaire, gain ou profit et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer, être continent).

Transport en commun : Moyen de transport public commercial terrestre

(excepté le taxi), maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

2 – OBJET DE L'ADHESION

L'adhésion a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie de l'adhérent consécutif à la survenance d'un accident garanti.

Le capital garanti est versé au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès ou directement à l'adhérent en cas de PTIA.

Bénéficiaire

Le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) désigné(s) à l'adhésion et ultérieurement notamment lorsque cette désignation n'est plus appropriée par voie d'avenant au contrat ou par voie testamentaire.

Les coordonnées du (ou des) Bénéficiaire(s) nommément désigné(s) peuvent être portées au contrat ; elles seront utilisées par l'assureur au décès de l'adhérent.

À défaut d'une telle désignation :

Le Bénéficiaire en cas de décès est le conjoint de l'adhérent non séparé de corps, à défaut les enfants de l'adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'adhérent.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un Bénéficiaire déterminé peut devenir irrévocable par l'acceptation de ce Bénéficiaire sauf dans le cas où le droit en dispose autrement.

La liberté de l'adhérent de modifier la désignation bénéficiaire peut dès lors être limitée par l'acceptation du Bénéficiaire.

Aucune des stipulations du présent contrat n'a pour effet de conférer un droit particulier à un Bénéficiaire acceptant.

3 – CONDITIONS D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association RMP ;
- être âgées de 18 à 64 ans révolus.

4 – MODALITES D'ADHESION

Le demandeur après avoir pris connaissance de la présente Notice d'information, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association RMP dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée annuellement, la première fois à l'adhésion du contrat puis à chaque échéance principale. A ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'Association.

5 – ETENDUE DE LA GARANTIE

1. Le montant du capital garanti

Le montant du capital garanti est mentionné au certificat d'adhésion

2. Les accidents garantis

La garantie du présent contrat couvre tous les accidents survenus dans le cadre de votre vie privée, professionnelle, ou sportive à l'exception toutefois des événements cités à l'article 6-2. « Les événements exclus de la garantie » des présentes.

Les accidents couverts par la garantie sont notamment :

Les accidents de transport en commun

Ce sont les accidents corporels dont peut être victime l'adhérent en sa qualité de passager lors de ses déplacements en transport en commun.

Les accidents de la circulation

Ce sont les accidents corporels survenant sur la voie publique et dont peut être victime l'adhérent en sa qualité de piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues, y compris d'un taxi, autre qu'un moyen de Transport en commun.

Les accidents de trajet professionnel

Sont également compris dans la garantie, les accidents corporels pouvant survenir pendant le trajet d'aller et de retour du domicile de l'adhérent à son lieu de travail dans les termes et conditions définies à l'art. L411-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les accidents de sports

Ce sont les accidents survenant dans le cadre de la pratique par l'adhérent de sports, à titre amateur, ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

3. Territorialité de la garantie

La garantie s'exerce en France et, dans le cadre de séjours de moins de trois mois, dans le monde entier. Toutefois, le paiement du capital s'effectue toujours en France et en euros.

6 - EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE

1. Conditions de la garantie

Pour la mise en œuvre des garanties, l'adhérent doit être à jour de sa cotisation et le sinistre doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes:

- L'accident à l'origine de l'évènement garanti doit survenir pendant la période garantie ;
- La date de déclaration du sinistre se situe pendant la période de garantie;
- Le sinistre doit survenir pendant la période de garantie ;
- Le sinistre doit survenir dans les 12 mois suivant la survenance de l'accident garanti.

2. Les évènements exclus de la garantie

Sont exclus de la garantie les maladies de toute nature.

Ne sont pas garanties, les conséquences des accidents :

- survenus en dehors de la période de validité du contrat ;
 - causés intentionnellement par la personne assurée ou le bénéficiaire, ou avec leur complicité ;
 - causés par le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée ;
 - les accidents causés par les manifestations pathologiques suivantes chez l'adhérent : apoplexie, épilepsie, maladies mentales, maladies de la moelle épinière, paralysie ;
 - survenus au cours ou à la suite d'un acte médical ou chirurgical, sauf si ces évènements constituent la suite immédiate et directe d'un accident garanti ;
 - survenu à l'occasion de l'utilisation par l'adhérent, en sa qualité de conducteur ou de passager, d'une moto de cylindrée supérieure à 50 cm³;
 - résultant d'un état d'éthylisme de l'adhérent ou de l'usage par lui de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
 - résultant de la participation volontaire de l'adhérent à une rixe (sauf en cas de légitime défense), à un délit intentionnel, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
 - résultant de la manipulation volontaire par l'adhérent d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
 - résultant de la pratique par l'adhérent de sports aériens (y compris le vol libre et le parachutisme) sous toutes ses formes, de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, ou de sa participation à des compétitions comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou d'une embarcation à moteur ainsi que leurs essais ;
 - résultant de la pratique par l'adhérent d'un sport à titre professionnel ;
 - survenant lorsque l'assuré pilote un avion ou est membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une compagnie régulière ou "charter" dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières ;
 - consécutif à la conduite par l'adhérent d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur ;
 - occasionnés par un tremblement de terre, une inondation ou tout autre cataclysme ;
 - consécutifs à une guerre étrangère, guerre civile, à des émeutes ou des mouvements populaires, à une rixe (sauf si l'adhérent peut prouver qu'il agissait en cas de légitime défense), à une grève ou lock-out ;
 - occasionnés par une modification de la structure du noyau atomique, les effets directs ou indirects des risques atomiques ;
- Sont en outre exclus du bénéfice de la garantie, toutes personnes membres des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

7- LE SINISTRE

1. Déclaration de sinistre

Les ayants droit de l'adhérent ou toute personne agissant au titre de ce contrat doivent effectuer une déclaration dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 90 jours qui suivent le décès de l'assuré à :
POP SANTE - TSA 67192 - 92894 NANTERRE Cedex 9.

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

2. Pièces justificatives

En cas de décès de l'assuré, La déclaration de sinistre doit comprendre les pièces justificatives suivantes :

- le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion ;
- Un extrait d'acte de décès ;
- un justificatif de l'identité du bénéficiaire et le cas échéant un certificat d'hérédité ou une copie du Livret de famille,
- les pièces justifiant la nature accidentelle du décès (PV de gendarmerie, certificat médical, etc.)

- tout élément permettant de justifier que le décès est la conséquence directe d'un accident survenu pendant la période d'effet des garanties.

En cas de PTIA de l'assuré, la déclaration de sinistre doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes, qui peuvent être adressées sous pli confidentiel à l'intention du médecin conseil de la compagnie si l'assuré le souhaite :

- un certificat médical précisant la nature de l'invalidité, la date de de la survenance de l'accident, attestant que l'invalidité n'est susceptible d'aucune amélioration,
- l'attestation de versement de rente d'invalidité par la Sécurité Sociale pour l'assuré salarié, dès sa réception.

L'assureur peut, à tout moment, déléguer un médecin auprès de l'assuré pour constater l'état d'invalidité.

Le refus non justifié de ce dernier de se soumettre à ce contrôle, entraîne de plein droit le refus du règlement de cette garantie.

Les conclusions de tout organisme autre que l'assureur sur le taux d'invalidité ne sont pas opposables à l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qu'il jugera utile au service des prestations.

3. Paiement des prestations

À compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives du décès accidentel de l'assuré, l'assureur règle le montant du capital souscrit au bénéficiaire désigné par l'adhérent sous un délai de 40 jours.

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

4. Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'adhérent pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.

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

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

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

5. Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

8 – VIE DU CONTRAT

1. Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent du bulletin d'adhésion.

Le contrat produit ses effets à la date indiquée au certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation et de l'absence de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation et au plus tôt le 1er jour du mois suivant la date de conclusion du contrat à 0.00.

La durée initiale du contrat est fixée à 12 mois.

À l'expiration de cette année d'assurance, votre contrat est reconduit automatiquement d'année en année à l'échéance qui est fixée au 1^{er} janvier, sauf résiliation par vous ou par nous dans les conditions fixées ci-après.

2. Modification du contrat

L'adhérent peut à tout moment modifier son adhésion initiale en adressant un courrier simple au gestionnaire.

> Augmentation du capital assuré :

Cette modification prendra effet à la date d'émission de l'avenant signé correspondant sous réserve de l'encaissement effectif de la nouvelle cotisation.

> Modification de la clause bénéficiaire

En cas de modification de la clause bénéficiaire en cours de contrat, l'Adhérent devra en aviser expressément la Compagnie. Cette modification peut être mise en œuvre par voie d'avenant ou par voie testamentaire. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

3. Résiliation

Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation émane de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante : POP Santé - TSA 67192 - 92894 NANTERRE Cedex 9.

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

Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance en adressant à l'assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée.

La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure, - en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

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

Résiliation par l'Assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Dans ce cas, l'assureur adresse une lettre de mise en demeure au dernier domicile connu de l'assuré. A l'expiration d'un délai de trente (30) jours à compter de l'envoi de la lettre de mise en demeure, la garantie est suspendue. Si la cotisation n'est pas intégralement régularisée au terme d'un délai supplémentaire de 10 jours, l'adhésion est résiliée.

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

Résiliation par l'adhérent ou l'Assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.

La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de retrait de l'agrément administratif de l'Assureur
- en cas de décès de l'adhérent.

En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

4. Cessation des garanties

Les garanties cessent:

- à la date de résiliation de l'adhésion quelle qu'en soit la cause ;
- à la date d'échéance annuelle qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie décès ;
- au 67^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie PTIA accidentelle ;
- au jour du versement du capital garanti à l'assuré ou à ses bénéficiaires.

9 – COTISATIONS

Le montant de la cotisation due au titre du présent contrat est celui figurant sur le certificat d'adhésion.

La cotisation est payable selon les modalités choisies par l'adhérent et figurant sur le certificat d'adhésion : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle par prélèvement SEPA.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'assureur, en fonction des résultats du contrat et prendra effet à l'échéance anniversaire du contrat.

Toute modification au contrat sera notifiée à l'adhérent, au moins trois mois avant sa prise d'effet. Le consentement de chaque adhérent à une modification peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, il est précisé que ce consentement est réputé acquis par le paiement

sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formée auprès de l'assureur de la part de l'adhérent dans les trente jours suivant son exécution.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'adhérent est informé par une lettre recommandée de mise en demeure que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion.

La résiliation de l'adhésion et la cessation de la garantie interviendront de plein droit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée à moins que la cotisation n'ait été réglée dans l'intervalle.

10 – INFORMATIONS DE L'ADHERENT

10.1 - Conditions diverses

Toute personne ayant fait l'objet d'une résiliation par L'ÉQUITÉ ne peut adhérer au présent contrat.

Chaque personne garantie ne peut être assurée par plusieurs contrats identiques auprès de L'ÉQUITÉ. Si cette éventualité se produisait, la personne garantie par plusieurs contrats devrait choisir celui dont elle désire bénéficier.

10.2 – Prescription

Conformément aux articles L114-1, L114-2, et L114-3 du code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. (L114-1 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 L114-2 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» (Article L114-3 du code des assurances).

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

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

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

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

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

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

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

10.3 - Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : POP Santé - TSA 67192 - 92894 NANTERRE Cedex 9.

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à : L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité – 75433 Paris Cedex 09

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

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

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

10.4 - Procédure de médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à : M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

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

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

10.5 - Protection des données personnelles

Identification du responsable de traitement

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

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

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

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

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

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

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

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

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- o état civil, identité, données d'identification
- o données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- o données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- o informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- o numéro d'identification national unique
- o données de santé issues du codage CCAM.

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

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

Clause spécifique relative à la fraude

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

médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

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

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

Les destinataires ou les catégories de destinataires

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

Localisation des traitements de vos données personnelles

La politique du Groupe Generali :

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

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

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

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

La politique de Pop Santé

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

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

Les durées de conservation

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

L'exercice des droits

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

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au

traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,

- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,
- ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie,
- droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.

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

dpo@popsante.fr ou à POP SANTE – A l'attention du Délégué à la protection des données personnelles - TSA 67192 - 92894 NANTERRE Cedex 9. Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

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

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

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

Pour le gestionnaire, à POP SANTE – Délégué à la protection des données personnelles – TSA 67192 - 92894 NANTERRE Cedex 9 ou à l'adresse électronique dpo@popsante.fr

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

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

10.6 - Liste d'opposition au démarchage téléphonique

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

10.7 - Renonciation à l'adhésion

En cas de démarchage à domicile :

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions 6

de l'article L 112-9 du Code des assurances – l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, à : POP Santé - TSA 67192 - 92894 NANTERRE Cedex 9.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

Nom, prénom

Adresse

N° du contrat _____

N° d'adhésion _____

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté _____ €

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat groupe AC490200 en cas d'accident citée en référence conclue en date du _____.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____, à _____

Signature de l'Adhérent

En cas de vente à distance :

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

Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 121-28 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à Coordonnées délégataire et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Je soussigné(e), _____

N° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe AC490200 effectué en date du _____, exclusivement à distance.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à _____, le _____

Signature de l'Adhérent

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



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

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