

PRÉVOYANCE

PREVACTIVE

NOTICE D'INFORMATION

Référence : NI - A 7056 - 01/2023

Contrat collectif prévoyance à adhésion facultative

SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS
2. OBJET DU CONTRAT
3. OBJET DES GARANTIES
4. EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE
5. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT
6. RÉSILIATION DU CONTRAT
7. SINISTRE
8. CONTRÔLE ET EXPERTISE - ARBITRAGE
9. COTISATION
10. INFORMATION DE L'ASSURÉ

Préambule

Le contrat se compose des documents suivants :

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

Contrats N° A 7056 0001 et A 7056 0002

La convention A 7056 0002 est éligible au titre de la garantie I.T.T. aux dispositions fiscales de la loi n° 94 - 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

Le Contrat PREVACTIVE est un produit d'assurance souscrit auprès de :
SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)

S.A. au capital de 150 000 000 euros

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois Perret

Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS
 Nanterre - désigné ci-après « l'assureur » ou « SWISS LIFE »

Par :

Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS)

Association loi 1901

Siège social :

7 Rue Belgrand

92300 Levallois Perret

Elle est dénommée ci-après « l'association » ou « l'AGIS ».

Le contrat PREVACTIVE a été développé et négocié par FMA Assurances, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

FMA Assurances

SAS de Courtage d'assurances au capital de 841 324 euros
Siège social :
Immeuble Colisée Gardens
8-14 Avenue de l'Arche
92419 Courbevoie Cedex
RCS de Nanterre N° : 429 882 236
Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances

L'association AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat PREVACTIVE est régi par le Code des assurances français.

Le contrat PREVACTIVE entre l'Association A.G.I.S et l'assureur prend effet le 01/01/2021, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'Association et l'Assureur :

- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- Chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties ;
- L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

L'assureur a confié la gestion des adhésions à :

POP Santé

Société de courtage en assurances et de gestion de Contrats d'assurance au capital de 40 000 €
Immatriculée à l'Orias sous le numéro 07027890
Siège social :
Immeuble le Saphir
477 avenue Jules Verne
4700 Sorgues
RCS d'Avignon N° : 429 47631

Désigné ci-après « le délégataire » ou « POP Santé ».

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion des adhésions qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

1. DÉFINITIONS**// Accident :**

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

// Conjoint :

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

// Consolidation :

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

// Enfant :

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

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

// Maladie :

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

// Vie professionnelle :

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

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

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

2. OBJET DU CONTRAT

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

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

3. OBJET DES GARANTIES

3.1 Définition des risques

Les risques suivants sont susceptibles d'être garantis :

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

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

3.2 Formules et options des garanties

Plusieurs choix sont possibles en fonction :

De la formule de souscription :

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

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

De la nature des garanties :

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

3.3 Montants maximaux des indemnités en fonction des risques assurables

Les risques suivants sont susceptibles d'être garantis :

MONTANT DES GARANTIES		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
GARANTIES OBLIGATOIRES	Décès et P.T.I.A.	20 000€	40 000€	60 000€	80 000€	100 000€
	I.T.T. (franchise 30 jrs)	500€/mois	750€/mois	1 000€/mois	1 250€/mois	1 500€/mois
GARANTIES FACULTATIVES	I.T.T. (franchise 3 jrs)	500€/mois	750€/mois	1 000€/mois	1 250€/mois	1 500€/mois

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

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

3.4 Territorialité de la garantie

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

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

3.5 Période de garantie

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

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

3.6 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

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

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

4. EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE

La présente garantie ne couvre pas les états antérieurs, c'est-à-dire les maladies et les infirmités survenues antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion ou existantes lors de la prise d'effet ; étant précisé que les suites, conséquences et récidives de ces états antérieurs sont définitivement exclues.

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

- Les maladies sauf si elles sont la conséquence direct d'un accident compris dans la garantie ;
- Les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses lorsqu'elles ne résultent pas d'un accident garanti ;
- Les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti ;
- Les manifestations pathologiques suivantes : apoplexie, épilepsie, rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie méningée, affections nerveuses, maladies de la moelle épinière, paralysie ;
- Les maladies mentales telles que les affections psychiatriques, psychoneurologiques, psychosomatiques, les états dépressifs de toute nature, les états anxio-dépressifs, schizophrénie, les syndromes anxieux, les états névrotiques, les fibromyalgies, les syndromes de fatigue chronique, les « burn out », les syndromes d'épuisement professionnel, les troubles de l'adaptation et du stress.

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

- Une guerre étrangère ou guerre civile ;
- Sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger, la participation de l'assuré à une émeute, un mouvement populaire, un crime, un délit intentionnel, une rixe, un acte de sabotage, un acte de terrorisme, une insurrection, une grève, des paris de toute nature, des opérations internationales, quel que soit le lieu où se trouvent ces événements et quels que soient les protagonistes ;
- La manipulation volontaire par l'assuré d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- Les cataclysmes tels que tremblement de terre, inondation ou tsunami ;
- Les conséquences du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- Les mutilations volontaires de l'assuré par lui-même, par un ou des bénéficiaires, ou avec leur complicité ;
- L'homicide volontaire commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré dès lors qu'il a fait l'objet d'une condamnation, le contrat produisant ses effets à l'égard des autres bénéficiaires ;
- Les accidents causés par l'utilisation de drogues, stupéfiants ou substances analogues, médicaments, tranquillisants ou traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- Les accidents causés par l'état éthylique de l'assuré caractérisés par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile ;
- Les accidents survenus au cours ou à la suite d'un acte médical ou chirurgical, sauf si ces événements constituent la suite immédiate et directe d'un accident garanti ;
- Les accidents résultant d'expérimentations biomédicales ;
- La pratique par l'assuré d'un sport à titre professionnel ;
- La pratique de l'assuré à des sports aériens (y compris le vol libre et le parachutisme) sous toutes ses formes, de l'alpinisme sans guide breveté, du ski hors piste sans moniteur diplômé, du ski acrobatique, de skeleton, du bobsleigh, de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du rafting, du canyoning, de la spéléologie, de l'escalade et du saut à l'élastique ;
- La participation de l'assuré à des courses, des compétitions ainsi que leurs essais ou la pratique de sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (terrestre, aérien ou aquatique) ;
- L'utilisation de l'assuré en tant que pilote, membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une compagnie régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières ;
- La conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur, ou sans être en possession des certificats nécessaires à la conduite de ce véhicule comme le contrôle technique ;
- L'utilisation avec ou sans conduite de véhicule à moteur à 2 ou 3 roues d'une cylindrée supérieure à 125 cm³.

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

- Les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité de la Sécurité sociale, que l'assurée y soit ou non assujettie ;
- Les accidents causés par des traitements esthétiques, des opérations de chirurgie esthétique, sauf opération de chirurgie réparatrice découlant d'un événement assuré ;
- Les accidents résultant d'affections nerveuses et mentales telles que les affections psychiatriques, psychoneurologiques, psychosomatiques, les états dépressifs de toute nature, les états anxio-dépressifs, schizophrénie, les syndromes anxieux, les états névrotiques, les fibromyalgies, les syndromes de fatigue chronique, les « burn out », les syndromes d'épuisement professionnel, les troubles de l'adaptation et du stress ;
- Les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes para vertébrales, leurs suites et conséquences ;
- Les séjours professionnels à l'étranger (déplacement compris) à l'exception des déplacements professionnels au sein de l'Union Européenne, États-Unis, au Canada, au Japon, en Australie et en Suisse.

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

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

5. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

5.1 Personnes assurables

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

	Âges possibles à la souscription ^(*)
Garanties obligatoires	18 à 70 ans inclus
Garanties facultatives	18 à 59 ans inclus

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

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

L'assuré principal devra être l'assuré le plus âgé de la formule. Les ayants droits ne pourront bénéficier que des garanties obligatoires.

5.2 Prise d'effet et durée du contrat

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

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

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

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

5.3 Déclarations de l'assuré

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

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

À la souscription

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

La médiation

L'assuré doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout changement modifiant les déclarations faites lors de la souscription du contrat ou postérieurement. Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante :

POP Santé
TSA 67192
92894 Nanterre Cedex 9

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

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'assuré encourt les sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

5.4 Bénéficiaire(s) du contrat

En cas de décès de l'assuré

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

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

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

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

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

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

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

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

Le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

5.5 Modification du contrat

L'assuré peut demander à modifier son contrat initial en adressant un courrier simple à :

POP Santé
TSA 67192
92894 Nanterre Cedex 9

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

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

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

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

Modification de la nature des garanties

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

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

Modification du niveau des indemnités

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

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

Modification de la clause bénéficiaire

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

6. RÉSILIATION DU CONTRAT

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

6.1 Formes de la résiliation

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

POP Santé

TSA 67192
92894 Nanterre Cedex 9

La résiliation peut également être effectuée à partir de tout support durable visé à l'article L113-14 du code des assurances. Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'assuré.

6.2 Formes de la résiliation

L'assuré peut résilier son contrat

- Un an après la date d'effet du contrat, moyennant un préavis de deux mois puis à l'échéance, moyennant un préavis d'une durée identique. La résiliation prend effet au jour du premier anniversaire ou au jour de l'échéance principale à 0 heure ;
- En cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'assuré a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation ;
- En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'assuré a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation ;
- En cas de survenance d'un des événements prévus à l'article L 113.16 du Code des assurances (changement de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle) lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, dans les trois mois qui suivent la date de l'événement. La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

6.3 Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le contrat

- Un an après la date d'effet du contrat, moyennant un préavis de deux mois puis à l'échéance, moyennant un préavis d'une durée identique. La résiliation prend effet au jour du premier anniversaire ou au jour de l'échéance principale à 0 heure ;
- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'assuré sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

6.4 Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit

- En cas de retrait total de l'agrément de l'assureur.

7. SINISTRE

7.1 Déclaration de sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit déclarer dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 10 jours qui suivent la survenance de l'accident, tout sinistre de nature à entraîner la garantie à l'adresse suivante :

POP Santé

Service Sinistres
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.

7.2 Pièces à produire

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

Dans tous les cas

- Le numéro de contrat ;
- La copie de la demande de souscription ;
- Un compte rendu décrivant les circonstances détaillées de l'accident et sa date de survenance ;
- Les noms et adresse des témoins ;
- Le procès-verbal ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances de l'accident, à défaut les coordonnées du procès-verbal établi ou de main courante.

En cas de décès

- Le certificat médical du médecin ayant constaté le décès et précisant la cause du décès.
Cas particulier : Si le décès survient hors de France et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local ;
- Un extrait d'acte de décès de l'assuré ;
- Toutes justifications d'état civil permettant d'établir les bénéficiaires de l'assuré décédé (fiche d'état civil, copie du Livret de famille, certificat d'hérédité, coordonnées du notaire chargé de la succession).

En cas de P.T.I.A.

- Une déclaration de l'assuré (sur l'imprimé pré-établi) ;
- Un certificat médical du médecin de l'assuré, indiquant de façon précise la cause de son invalidité ainsi que la date à partir de laquelle la P.T.I.A. a été consolidée ;
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité sociale, si l'assuré est assuré social.

En cas d'I.T.T.

- Une déclaration de l'assuré (sur l'imprimé pré-établi) ;
- Un certificat médical du médecin de l'assuré, indiquant de façon précise la nature et les circonstances de l'arrêt de travail ;
- La photocopie de l'arrêt de travail initial et ses éventuelles prolongations ;
- Un justificatif d'activité professionnelle ;
- Une attestation de reprise du travail.

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

7.3 Paiement des prestations

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

Le Décès

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

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

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

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

La P.T.I.A.

Si un assuré est victime d'un accident garanti, survenu pendant la période de validité du contrat, entraînant une P.T.I.A., il est versé à l'assuré 100 % du capital prévu aux Dispositions Particulières.

L'assuré ne peut exiger aucune indemnité avant que la P.T.I.A. n'ait été reconnue comme définitive, c'est-à-dire avant consolidation.

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

Le règlement du capital garanti en cas de P.T.I.A. de l'assuré met fin aux engagements de l'assureur.

L'I.T.T.

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

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

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

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

L'indemnisation est limitée à 11 mensualités par sinistre (y compris ses suites, conséquences et récidives).

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

8. CONTRÔLE ET EXPERTISE - ARBITRAGE

8.1 Contrôle et expertise médicale

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

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

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

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

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

Expertise contradictoire

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin.

Compromis d'arbitrage

Si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

9. COTISATION

9.1 Montant de la cotisation

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

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

La cotisation totale est due par l'assuré.

9.2 Paiement de la cotisation

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

Le prélèvement SEPA est obligatoire pour les paiements mensuels. Toutefois, il nécessite également des montants de cotisations supérieur à 15€.

Si l'assuré souhaite une périodicité mensuelle et que le montant de la cotisation est inférieur à 15€, l'assuré devra opter pour une autre périodicité.

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

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

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

9.3 Défaut de paiement

Si l'assuré ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut :

Indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'assuré une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'assuré.

9.4 Variation de la cotisation

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

- Changement de tranche d'âge des assurés ;
- Modification du capital assuré ;
- Changement des formules ou options des garanties ;
- Ajout ou sortie d'ayants droits :
Ces changements entraîneront une différence de cotisation ;
 - S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé par l'assuré ;
 - S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

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

9.5 Révision de la cotisation

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

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

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

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

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

10. INFORMATION DE L'ASSURÉ

10.1 Subrogation

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

10.2 Prescription

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

Délai de prescription

› Article L. 114-1

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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

› Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption 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.

Caractère d'ordre public de la prescription

› Article L. 114-3

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.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil.

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

› Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

› Article 2241 du Code civil

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

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

› Article 2242 du Code civil

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

› Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

› Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

› Article 2245 du Code civil

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

› Article 2246 du Code civil

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

10.3 Examen des réclamations et procédure de médiation

La réclamation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur commercial.

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations :

**POP Santé
Service Réclamations**
TSA 67192
92894 Nanterre Cedex 9

ou par courrier électronique à :
reclamation@fma.fr

La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

10.4 Protection des données personnelles

10.4.1 Qualité des parties

Dans le cadre de la gestion et l'exécution du Contrat les données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par FMA Assurances, POP Santé ainsi que par SWISS LIFE en leur qualité de responsable conjoint de traitement.

SWISS LIFE, en sa qualité d'assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel nécessaires à la passation, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance.

FMA Assurances et POP Santé en sa qualité de Courtier et délégataire de gestion, détermine quant à lui les bases légales des traitements nécessaires à la fourniture d'un conseil assurantiel adapté et à la proposition de contrats répondant à chaque situation ainsi qu'à la gestion de la relation commerciale et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle des traitements.

La relation entre FMA Assurances et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés.

Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

10.4.2 Qualité des parties

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-après :

FINALITÉ DU TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES	FONDEMENT LÉGAL PERMETTANT LA MISE EN ŒUVRE DU TRAITEMENT
FINALITÉ 1 Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
<ul style="list-style-type: none"> › Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés › Élaboration des statistiques et études actuarielles › Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque › Exécution des garanties des contrats › Gestion des contrats et Gestion des clients › Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> › Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers
<ul style="list-style-type: none"> › Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<ul style="list-style-type: none"> › Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> › Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude 	<ul style="list-style-type: none"> › Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance)
<ul style="list-style-type: none"> › Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur › Conduite d'activités de recherche et développement › Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service 	<ul style="list-style-type: none"> › Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.

FINALITÉ 2 Prospection commerciale	
<ul style="list-style-type: none"> › Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance › L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> › Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres › Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9-26-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

10.4.3 Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué, de son plein grès, des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

10.4.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

SWISS LIFE, FMA Assurances et POP Santé favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne.

Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

10.4.5 Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints.

10.4.6 Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès.

Si l'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime.

Ils peuvent exercer ce droit d'opposition à tout moment et sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par courrier, SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser aux Délégués de la Protection de données - DPO - de FMA POP Santé et SWISS LIFE dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

10.4.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données.

Vous pouvez directement prendre contact avec ce dernier aux coordonnées suivantes :

Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante :

SWISS LIFE
DPO
 7 rue Belgrand
 92300 Levallois-Perret

ou par e-mail à l'adresse suivante :
dposwisslife@swisslife.fr

Pour le Distributeur FMA Assurances, par courrier postal à l'adresse suivante :

FMA Assurances
DPO
 Immeuble Colisée Gardens
 8-14 Avenue de l'Arche
 92419 Courbevoie

ou par e-mail à l'adresse suivante :
dpo@fma.fr

Pour le délégataire de gestion POP Santé, par courrier postal à l'adresse suivante :

POP Santé
DPO
 TSA 67192
 92894 Nanterre Cedex 9

ou par e-mail à l'adresse suivante :
dpo@popsante.fr

10.5 Autorité de contrôle

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

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

10.6 Liste d'opposition au démarchage téléphonique

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

Société Opposetel
Service Bloctel
 6 rue Nicolas Siret
 10 000 Troyes

10.7 Renonciation à la souscription

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

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

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

Fait le, à
 Signature de l'adhérent

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

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

Modalité de conclusion du contrat

L'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées ainsi que les pièces justificatives réclamées. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission de la demande de souscription).

À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

Droit de renonciation

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

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

La demande de renonciation doit être adressée à :

POP Santé
CS 60039
1050 Chemin des Exquerts
84170 Monteux

et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

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

Fait à, le

Signature
.....

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'assuré en application de la souscription, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours, ce délai commençant à courir à compter du jour où l'assureur reçoit notification de la renonciation.

PRÉVOYANCE

PREACTIVE



FMA Assurances - SAS au capital de 787 204 € - Courtier en assurance

Siège social : Immeuble Colisée Gardens, 8-14 avenue de l'Arche, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 429882236 - ORIAS : 12068209.

SwissLife Prévoyance et Santé - 7 Rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret - SA au capital social de 150 000 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - 322 215 021 RCS Nanterre

Crédit photo : Shutterstock - Création : Agence ValRox Communication.



FMA
assurances