

GARANTIE AUTONOMIE SENIOR

NOTICE D'INFORMATION

Réf. 539 710 B

SOMMAIRE

1. OBJET DU CONTRAT	1
2. DÉFINITIONS.....	1
3. CONDITIONS DE VOTRE ADHÉSION.....	2
4. GARANTIES DE VOTRE ADHÉSION.....	2
5. RISQUES EXCLUS.....	3
6. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION.....	3
7. MONTANT ET MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	3
8. MODIFICATION DE VOTRE ADHÉSION	4
9. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	4
10. REVALORISATION.....	4
11. EXPERTISE MEDICALE ET TIERCE EXPERTISE	4
12. RENONCIATION.....	5
13. INFORMATION DE L'ADHERENT.....	5
14. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE – RECLAMATION – TRIBUNAUX COMPETENTS.....	5
15. RÉSILIATION DU CONTRAT.....	5
16. DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	5
17. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	6
18. MODIFICATION DU CONTRAT.....	7
19. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.....	7

1. OBJET DU CONTRAT

GARANTIE AUTONOMIE SENIOR n°96070, contrat d'assurance collective à adhésion facultative, est souscrit par SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, auprès de SOGECAP, ci-après dénommé l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances, au bénéfice de ses clients. Il est présenté par SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, immatriculée au registre des intermédiaires en assurance (n° 07 022 493 (www.orias.fr)) en sa qualité de courtier d'assurance.

Ce contrat relève des branches 1 (accident) et 2 (maladie) mentionnée à l'article R.321-1 du Code des assurances et pour laquelle l'Assureur a reçu un agrément.

GARANTIE AUTONOMIE SENIOR est un **contrat d'assurance dépendance** dont l'objet est le versement d'une rente viagère mensuelle en cas de reconnaissance d'un état consolidé de Dépendance totale ou partielle.

Des prestations d'assistance sont également mises en œuvre dans le cadre de la Convention d'assistance souscrite par l'Assureur auprès de FRAGONARD ASSURANCES (voir Volet Assistance). Ces prestations d'assistance sont accordées pendant toute la durée de vie de l'adhésion, tant que celle-ci n'est ni réduite dans les conditions définies à l'article 4.4 de la présente Notice d'information, ni résiliée.

2. DÉFINITIONS

- **Accident** : Atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à l'Assuré et constituant la cause du dommage corporel.
- **Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ)** : Cinq Actes élémentaires de la vie quotidienne sont appréciés pour évaluer l'état de Dépendance de l'Assuré :
 - les transferts : passer de chacune des trois positions debout/assis/couché à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir ;
 - les déplacements à l'intérieur : se déplacer en intérieur sur une surface plane ;
 - l'alimentation : manger des aliments préalablement servis et coupés, boire ;

- la toilette : se laver l'ensemble du corps, assurer l'hygiène et l'élimination, satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles ;
- l'habillement : mettre et retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

- **Adhérent** : Personne physique désignée sur la demande d'adhésion et le Certificat Individuel d'Adhésion, chargée du paiement des cotisations.
- **Altération des fonctions cognitives** : L'existence d'un déficit cognitif sévère est appréciée par la nécessité de l'Assuré de recourir constamment à la surveillance ou l'incitation d'un tiers pour réaliser les Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ) tels que définis précédemment. L'appréciation du déficit cognitif peut être validée par des tests complémentaires (par exemple Folstein, Blessed).
- **Assistance d'une tierce personne** : Par Assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les Actes élémentaires de la Vie Quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage.
- **Assuré** : Personne physique désignée sur la demande d'adhésion, sur laquelle reposent les risques ; l'Assuré pourra être l'adhérent lui-même.
- **Certificat Individuel d'Adhésion** : Document signé par l'Assureur sur lequel sont précisées les garanties choisies et la personne assurée.
- **Date de reconnaissance de l'état de dépendance** : Lorsque l'état de Dépendance est reconnu par l'Assureur, la date de reconnaissance de l'état de Dépendance est la date de réception du certificat médical accepté par l'Assureur dans le cadre de la demande de prise en charge.
- **Délai d'attente** : Période démarrante à la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle l'Assuré n'est pas garanti en cas de Dépendance totale ou partielle.

- **Dépendance totale** : L'Assuré est reconnu en état de Dépendance totale s'il répond au moins à l'une des trois situations suivantes :
 - incapacité totale et définitive médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, quatre des cinq AVQ ;
 - altération des fonctions cognitives nécessitant constamment une surveillance ou une incitation pour la réalisation d'au moins deux des cinq AVQ, ainsi qu'un résultat au test cognitif MMS de Folstein inférieur ou égal à 10 ;
 - incapacité totale et définitive médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, trois des cinq AVQ, et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 15.
- **Dépendance partielle** : L'Assuré est reconnu en état de Dépendance partielle s'il répond au moins à l'une des deux situations suivantes :
 - incapacité totale et définitive médicalement constatée d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, trois des cinq AVQ ;
 - altération des fonctions cognitives nécessitant constamment une surveillance ou une incitation pour la réalisation de deux des cinq AVQ, ainsi qu'un résultat au test cognitif MMS de Folstein inférieur ou égal à 15.
- **Etat de santé consolidé** : Un état de santé est consolidé lorsqu'en l'état actuel des connaissances médicales, la réduction des facultés fonctionnelles et cognitives est jugée permanente et irréversible (sans possibilité d'amélioration significative).
- **Franchise** : Période débutant à la date de reconnaissance de l'état de Dépendance et à l'issue de laquelle l'assuré commence à bénéficier du versement de sa rente Dépendance.
- **Incapacité totale et définitive à réaliser un Acte élémentaire de la Vie Quotidienne (AVQ)** : L'incapacité à réaliser un AVQ est avérée lorsque la personne est totalement et définitivement incapable de réaliser cet acte, de manière spontanée (i.e. en dehors de toute incitation extérieure), habituelle, à bon escient, sans l'aide d'un tiers, y compris avec l'utilisation d'aides techniques adaptées (lunettes, fauteuil roulant, etc.). L'incapacité totale et définitive à réaliser un AVQ doit être réputée irréversible au moment de l'évaluation.
- **Maladie** : Toute altération de l'état de santé de l'Assuré d'origine non traumatique constatée par une autorité médicale reconnue.

3. CONDITIONS DE VOTRE ADHÉSION

L'Assuré doit être âgé de 50 ans à 74 ans inclus au jour de l'adhésion et résider en France Métropolitaine.

L'âge pris en compte est celui de l'Assuré à la date d'effet de l'adhésion.

Pour adhérer au contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR, une demande d'adhésion de moins de 6 mois doit être complétée et retournée datée et signée à SOGECAP.

Le nombre d'adhésion est limité à une adhésion par Assuré.

Le candidat à l'assurance, doit ensuite satisfaire aux formalités médicales qui lui seront demandées en fonction de son âge et du montant de rente choisi en cas de Dépendance totale. A réception de la demande d'adhésion, l'Assureur peut être amené à :

- accepter sa garantie,
- demander un complément d'information ou un examen de santé, à la charge de l'Assureur,
- refuser sa garantie.

Les renseignements médicaux demandés au candidat à l'assurance peuvent être adressés à l'Assureur sous pli confidentiel directement à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : SOGECAP – Médecin Conseil – Service Médical – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1

L'adhésion repose sur l'exactitude des déclarations de l'Assuré conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément aux articles L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion. Néanmoins, et conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances, SOGECAP peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatations avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatations après sinistre.

4. GARANTIES DE VOTRE ADHÉSION

4.1. Rente dépendance totale ou partielle

GARANTIE AUTONOMIE SENIOR est composée d'une garantie Rente dépendance totale ou partielle permettant, en cas de reconnaissance d'un état consolidé de Dépendance totale ou partielle, le versement à l'Assuré de la rente viagère mensuelle garantie en cas de Dépendance totale ou partielle.

En cas de reconnaissance d'un état consolidé de Dépendance partielle uniquement, le montant de la rente viagère mensuelle correspond à 50% du montant de la rente viagère mensuelle choisi en cas de Dépendance totale au moment de l'adhésion.

Une Franchise de 3 mois est appliquée à compter de la Date de reconnaissance de l'état de Dépendance totale ou partielle. Toutefois, si l'Assuré est reconnu en état consolidé de Dépendance partielle et que son état évolue vers une Dépendance totale, la rente en cas de Dépendance totale sera versée sans application d'un nouveau délai de franchise.

Le montant de la rente viagère mensuelle en cas de Dépendance totale doit être compris entre 500 EUR et 3 000EUR et être un multiple de 100 EUR.

4.2. Option Capital équipement

GARANTIE AUTONOMIE SENIOR est composée d'une option Capital équipement permettant le versement d'un capital de 5 000 EUR en cas de reconnaissance d'un état consolidé de Dépendance totale ou partielle.

Le choix de l'option Capital équipement s'effectue uniquement à l'adhésion, et est résiliable en cours de vie du contrat selon les modalités décrites à l'article 8 « Modification de votre adhésion ».

4.3. Délai d'attente

Les garanties sont acquises :

- immédiatement en cas de Dépendance totale ou partielle d'origine accidentelle et postérieure à la date d'effet de l'adhésion ;
- à l'issue d'un délai d'attente de trois ans à compter de la date d'effet de l'adhésion, en cas de Dépendance totale ou partielle consécutive à des affectations neuro-dégénératives ou psychiatriques dont la première constatation survient avant l'expiration de cette période ;
- à l'issue d'un délai d'attente d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion dans les autres cas.

Un état de Dépendance survenant avant l'expiration du délai d'attente ne donnera lieu à aucune indemnisation. Dans ce cas, les cotisations versées au titre de l'adhésion seront remboursées.

4.4. Maintien partiel des garanties - Réduction

En cas d'interruption du paiement des cotisations :

- **avant 8 années de cotisations** à GARANTIE AUTONOMIE SENIOR, l'adhésion est résiliée et aucun maintien partiel des garanties n'est accordé ;

- **après 8 années de cotisations** à GARANTIE AUTONOMIE SENIOR, l'Assureur garantit à l'Assuré un maintien partiel des garanties, l'adhésion est alors considérée comme réduite. **La réduction de l'adhésion entraîne la suppression de l'option Capital équipement et ne vise que la reconnaissance d'un état de consolidé de dépendance totale uniquement.**

Les montants garantis sont réduits, **en cas de reconnaissance d'un état de Dépendance totale uniquement**, selon le barème de l'Assureur en vigueur à la date de mise en réduction. Cette valeur de réduction est alors déterminée selon :

- les montants garantis à la date de mise en réduction,
- le nombre d'années de cotisations versées,
- l'âge de l'Assuré.

Le barème est disponible sur simple demande écrite à l'adresse suivante : SOGECAP – Service Prévoyance – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1

5. RISQUES EXCLUS

Sont exclus du contrat les suites, conséquences, récidives et rechutes résultant :

- **d'une tentative de suicide,**
- **des faits occasionnés volontairement par l'Assuré,**
- **des mutilations volontaires,**
- **des faits de guerre civile ou étrangère,**
- **des actes de terrorisme, conflits à caractère militaire, sabotages, attentats, émeutes, mouvements populaires, insurrections, complots, troubles civils, rixes si l'Assuré y prend une part active ou qu'il y participe en tant que complice.** Toutefois, les garanties sont acquises dans les cas suivants : accomplissement du devoir professionnel, légitime défense et assistance à personne en danger,
- **des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atomes** Toutefois, ces effets sont pris en charge s'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis.
- **de l'usage de drogues, de stupéfiants, de produits médicamenteux ou de substances analogues à des doses non prescrites médicalement,**
- **l'alcoolisme chronique de l'Assuré,**
- **de l'alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par le Code de la Route en vigueur au jour du sinistre,**

6. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

6.1. Prise d'effet

L'adhésion prend effet le jour de la signature de la demande d'adhésion sous réserve :

- de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur ;
- du paiement de la première cotisation telle qu'indiquée sur la demande d'adhésion.

La date d'effet de l'adhésion fixe le point de départ des garanties ; elle est indiquée sur le certificat individuel d'adhésion.

6.2. Durée de votre adhésion

L'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à chaque date anniversaire de sa date d'effet, sous réserve du paiement de la cotisation, sauf résiliation du contrat dans les conditions de l'article 15.

En cas de décès de l'Adhérent avant l'Assuré, l'adhésion est réduite ou résiliée dans les conditions décrites aux articles 4.4. Maintien partiel des garanties – Réduction et 15. Résiliation du contrat. La date de mise en réduction ou de résiliation retenue est la date de décès de l'Adhérent.

7. MONTANT ET MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

7.1. Montant et indexation

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré à l'adhésion et du montant de la rente viagère mensuelle en cas de Dépendance totale.

Le montant de la cotisation du contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR est indexé chaque année, à partir de la première échéance annuelle, sur la base du taux d'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS) constaté chaque 1er juillet.

Par ailleurs, la cotisation est révisable annuellement en fonction des résultats techniques et financiers du contrat, des éventuelles évolutions réglementaires et/ou législatives, ainsi qu'en cas d'évolutions constatées ou projetées des statistiques nationales relatives à la dépendance impactant les engagements de l'Assureur.

En cas de révision tarifaire :

- **avant 8 années de cotisations**, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour refuser la révision de sa cotisation et demander la résiliation de son contrat. Ce délai court à partir du moment où il a été informé de la révision de la cotisation par l'Assureur ;
- **après 8 années de cotisations**, l'Adhérent peut demander la réduction de son adhésion conformément aux dispositions mentionnées à l'article 4.4. Maintien partiel des garanties – Réduction.

7.2. Modalités de paiement

La cotisation est payable d'avance à la date d'anniversaire de la date d'effet ou le premier jour ouvré suivant s'il s'agit d'un jour férié.

La cotisation est annuelle, cependant l'Assureur accorde la possibilité de régler la cotisation mensuellement, trimestriellement ou semestriellement dès lors que chaque prélèvement (quelle que soit la périodicité choisie) est supérieur ou égal à 10 EUR.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée de l'adhésion. Toutefois, leur prélèvement est suspendu :

- pendant la période de versement de la rente Dépendance totale ou partielle,
- lorsque l'adhésion au contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR est réduite conformément au paragraphe 4.4. Maintien partiel des garanties – Réduction.

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur enverra une lettre recommandée avec accusé de réception. L'Adhérent dispose d'un délai de 40 jours, à compter de l'envoi de la lettre, pour régulariser le paiement de la cotisation. Si la cotisation n'a pas été réglée dans les 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée :

- avant 8 années de cotisation, la garantie prend fin et conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, l'adhésion est résiliée ;
- après 8 années de cotisations, l'adhésion est réduite dans les conditions détaillées au paragraphe 4.4. Maintien partiel des garanties – Réduction.

Tous impôts et taxes qui s'appliquent ou s'appliqueraient sur les cotisations sont à la charge de l'Adhérent, sauf dispositions légales contraires.

8. MODIFICATION DE VOTRE ADHÉSION

Sur demande écrite auprès de SOGECAP – Service Prévoyance – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1, l'Adhérent peut apporter des modifications à son adhésion.

Ces modifications peuvent porter sur l'augmentation ou la diminution des garanties, la suppression de l'option Capital équipement, tout en respectant les montants minimum et maximum prévus au contrat, et le choix du fractionnement de la cotisation.

L'augmentation du montant de la rente est possible une fois par an, d'un montant minimum de 200 EUR et doit être un multiple de 100 EUR

La diminution du montant de la rente est possible une fois par an, d'un montant minimum de 100 EUR et doit être un multiple de 100 EUR.

La demande doit parvenir à l'Assureur, un mois avant la date anniversaire de la date d'effet et prendra effet à cette date anniversaire, sans condition spécifique, sauf pour l'augmentation des garanties.

L'augmentation des garanties sera traitée, à la date de réception de la demande, comme une adhésion nouvelle pour ce qui concerne la procédure d'acceptation, en tenant compte des garanties déjà assurées et donnera donc lieu à de nouvelles formalités médicales. A réception de la demande, l'Assureur peut être amené à :

- accepter l'augmentation de garantie,
- demander un complément d'information ou un examen de santé, à la charge de l'Assureur,
- refuser l'augmentation de garantie.

Les délais d'attente tels que définis à l'article 4.3 seront appliqués uniquement sur le montant supplémentaire de la garantie et à compter de la date d'acceptation de l'augmentation.

9. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

9.1. Déclaration et règlement des prestations

En cas de survenance d'un état de Dépendance totale ou partielle couvert par le présent contrat, il appartient à l'Adhérent, l'Assuré ou à une personne de son entourage d'informer l'Assureur. La demande de prise en charge doit ensuite être adressée par l'Assuré ou son représentant légal, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur à l'adresse suivante : SOGECAP – Médecin Conseil – Service Médical – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1

Lorsque l'état de Dépendance est reconnu par l'Assureur :

- en cas de Dépendance totale ou partielle, une rente viagère est versée mensuellement à terme échu, à l'issue d'un délai de franchise de 3 mois à compter de la Date de reconnaissance de l'état de Dépendance, sous réserve du délai d'attente visé à l'article 4.3 ;
- en cas de passage de l'état de Dépendance partielle à l'état de Dépendance totale, aucun nouveau délai de franchise n'est appliqué à compter de la date de reconnaissance de l'état de Dépendance totale ;
- en cas de choix de l'option Capital équipement, un capital est versé en une seule fois et sans franchise à partir de la Date de reconnaissance de l'état de Dépendance totale ou partielle. Le versement du capital met fin à l'option facultative Capital équipement.

9.2. Pièces à fournir

Les pièces suivantes doivent être transmises, dans les meilleurs délais, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de SOGECAP - Service Médical - 42, boulevard Alexandre Martin - 45057 Orléans Cedex 1 :

- le certificat médical sur modèle proposé par l'Assureur rempli intégralement par le médecin traitant de l'Assuré ou à défaut un certificat médical sur modèle proposé par l'Assureur du médecin ayant constaté l'état de Dépendance ;
- le cas échéant, en cas d'altérations des fonctions cognitives, le résultat du test de Folstein de moins de 6 mois ;
- le cas échéant, le justificatif de versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou de l'invalidité du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé ;
- un RIB du compte de l'Assuré sur lequel doit être viré le capital garanti et/ou la rente ;
- annuellement, une attestation de vie signée par l'Assuré ou son représentant légal qui conditionne le paiement de la rente ;
- annuellement, un certificat médical précisant la persistance de l'état de Dépendance.

À tout moment, l'Assuré (ou l'Adhérent ou une personne de son entourage) est tenu d'informer l'Assureur de l'évolution de son état de dépendance.

Tous impôts et taxes qui s'appliquent ou s'appliqueraient lors du règlement des prestations sont à la charge du bénéficiaire des prestations sauf dispositions légales contraires.

10. REVALORISATION

Les garanties et les prestations sont revalorisées à l'échéance annuelle selon un taux de revalorisation des garanties et un taux de revalorisation des prestations déterminés à partir des résultats techniques et financiers du contrat.

La revalorisation ne s'applique que sur les adhésions en cours, non réduites.

La revalorisation ne s'applique pas sur le capital de l'option Capital équipement.

11. EXPERTISE MÉDICALE ET TIERCE EXPERTISE

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés,
- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Si l'Assuré conteste par écrit la décision de l'expert commis par l'Assureur en cas de sinistre, il pourra faire effectuer une contre-expertise, à ses propres frais, par le médecin de son choix et en communiquer les conclusions au Médecin Conseil de l'Assureur sous pli confidentiel.

Si un désaccord subsiste, une tierce expertise à frais communs devra intervenir.

Les 2 experts doivent désigner d'un commun accord, un 3^{ème} médecin pour les départager, et à défaut d'entente, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré.

Chaque partie règle les honoraires de son médecin, ceux du 3^{ème} médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination sont supportés moitié par l'Assureur d'une part, et moitié par l'Assuré d'autre part.

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

12. RENONCIATION (Y COMPRIS EN CAS DE VENTE A DISTANCE)

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement, si dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle l'Adhérent est informé que son adhésion est conclue et être remboursé intégralement, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Dans le cas de la vente à distance, l'Adhérent/Assuré peut pendant le délai de 30 jour calendaire révolus, à compter du jour où il est informé de la conclusion du contrat ou à compter du jour de réception des conditions contractuelles si cette dernière est postérieure, renoncer à son adhésion au contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR et être remboursé intégralement, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Pour ce faire, il adresse à SOGECAP - Service Prévoyance – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1, ou à l'adresse électronique suivante svp.sogecap@socgen.com, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, rédigé(e) par exemple selon le modèle suivant :

« Madame, Monsieur,

*Désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion au contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR n°..... effectuée en date du, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mon versement de, et ce, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente.
Date et signature »*

13. INFORMATION DE L'ADHÉRENT

Après enregistrement et acceptation de l'adhésion, l'Adhérent recevra un Certificat individuel d'adhésion qui matérialisera son adhésion au contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR.

Puis, l'Assureur lui adressera chaque année, avant l'échéance annuelle de l'adhésion, un avis d'échéance indiquant le montant de la prochaine cotisation.

L'Adhérent recevra également un support de communication afin d'informer les proches de l'Assuré de l'existence de l'adhésion au contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR.

14. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE – RÉCLAMATION – TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le contrat et son interprétation sont régis par la loi française.

L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Avant d'adresser toute réclamation concernant l'adhésion à SOGECAP – Centre Relations Clients – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1 ;

Tél : 09.69.362.362 (coût d'un appel local) ;

L'Adhérent doit contacter l'agence qui a recueilli son adhésion.

L'Assureur s'engage à répondre à cette demande sous 10 jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire, l'Assureur accusera réception dans ces 10 jours et une réponse définitive sera apportée dans un délai maximal de 60 jours calendaires à compter de la réception de la demande.

Si un désaccord persistait, et dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réception de la demande écrite adressée à l'Assureur, l'Adhérent pourra demander l'avis de la Médiation de l'Assurance, par courrier, dont les coordonnées sont les suivantes : **La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09**, ou en ligne <https://formulaire.mediation-assurance.org/>.

La « charte de la médiation de l'Assurance » est disponible sur le site <https://www.mediation-assurance.org/>, Et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Tout litige né de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

15. RÉSILIATION DU CONTRAT

15.1 A l'initiative de l'Assureur

En cas de résiliation du contrat collectif par l'Assureur, ou SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, les garanties accordées seraient maintenues aux adhésions en cours, dans les mêmes conditions de fonctionnement du contrat GARANTIE AUTONOMIE SENIOR. Les adhérents seraient informés de cette résiliation par écrit au plus tard deux mois avant la date de non-renouvellement et un nouvel interlocuteur sera indiqué.

15.2 A l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut à tout moment demander à résilier son adhésion selon l'une des modalités prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- Soit par acte extra-judiciaire ;
- Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A des fins de preuve, il est recommandé de résilier par le biais du recommandé. A ce titre, la résiliation par lettre recommandée électronique se fait via l'adresse électronique suivante : resiliation-prevoyance@socgen.com ou par lettre recommandée postale à l'adresse suivante : SOGECAP – Service Prévoyance – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1.L'assureur confirmera par écrit la réception de la notification de résiliation.

Avant 8 années de cotisations, la résiliation prendra effet à l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la demande de résiliation, sous réserve que celle-ci soit parvenue à SOGECAP au plus tard un (1) mois avant la date d'échéance.

Après 8 années de cotisations, l'adhésion sera réduite dans les conditions décrites à l'article 4.4.

16. DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action concernant le contrat relatif à la présente Notice d'information et émanant de l'Adhérent ou de l'assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle en cas d'assurance sur la vie.

Toutefois, ce délai ne court, 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'Adhérent 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'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent, le délai est porté à dix ans.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

D'autre part,

- conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception 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. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis de réception.
- conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- conformément à l'article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- conformément à l'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.
- conformément à l'article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- conformément à l'article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmier l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- conformément à l'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.
- conformément à l'article 2245 du Code civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
- conformément à l'article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

17. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Ce paragraphe a pour objectif d'informer l'Adhérent et l'Assuré de la manière dont les informations personnelles sont collectées et traitées par la société SOGECAP (ci-après dénommée « Nous »), en tant que responsable de traitement.

Le groupe SOGECAP a nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes :
dpo.assurances@socgen.com ou Groupe SOGECAP
Délégué à la Protection des données Groupe SOGECAP
17 bis Place des Reflets – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

17.1. Pourquoi collectons-nous les données personnelles ?

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion, les données personnelles que nous collectons sont nécessaires à :

- l'identification de l'Adhérent, l'identification des Assurés et des bénéficiaires,
- l'examen, l'acceptation, la tarification, la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et la gestion des adhésions et des éventuels sinistres,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- la gestion des recours, des réclamations et des contentieux,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits indiqués au paragraphe « quels sont les droits de l'Assuré et l'Adhérent ? »,
- la réalisation d'études actuarielles et statistiques.

Les données sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Pour apporter les meilleurs services à l'Adhérent et à l'Assuré et continuer de les améliorer, nous traitons les données dans le cadre de :

- la mise en place d'actions de prévention,
- la gestion de notre relation commerciale afin de réaliser des animations commerciales telles que des actions de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages.

Dans notre intérêt légitime, nous utilisons également les données pour proposer des offres commerciales pour des produits et services du groupe SOGECAP analogues ou complémentaires à ceux souscrits, personnalisés selon ses besoins, ainsi que celles de nos partenaires. L'Adhérent ou l'Assuré peuvent s'y opposer à tout moment ou modifier leurs choix (cf. article « quels sont les droits de l'Adhérent et l'Assuré ? »).

Afin de préserver la mutualité de nos Assurés et dans l'intérêt légitime de l'Adhérent et de l'Assuré, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Cette inscription pourra entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe SOGECAP.

17.2. Qui peut accéder aux données ?

Les données personnelles sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et exécution de chacune des garanties, à nos délégataires de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du groupe SOGECAP dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations.

Des informations concernant l'Adhérent et l'Assuré peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, Assuré, et Bénéficiaire de l'adhésion, et leurs ayants droits et représentants, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne.

Les données de santé que nous pouvons être amenés à traiter sont destinées à notre Médecin conseil, à son service médical travaillant au sein d'une bulle de confidentialité, ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégués ou experts médicaux et, le cas échéant, nos réassureurs). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

17.3. Dans quels cas transférons-nous les données hors de l'union européenne ?

Les données nécessaires à l'exécution de l'adhésion peuvent être transférées dans le cadre de l'exécution des adhésions, de la gestion des actions ou contentieux liés à l'activité de l'entreprise vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen, dont les législations en matière de protection à caractère personnel diffèrent de celles de l'Union Européenne.

Par ailleurs, en raison notamment de la dimension internationale du Groupe Société Générale auquel appartient le responsable de traitement et des mesures prises pour assurer l'utilisation et la sécurité des réseaux informatiques, les traitements visés au paragraphe « pourquoi collectons-nous les données ? » sont susceptibles d'impliquer des transferts de données à caractère personnel vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen.

Dans ces cas, les transferts des données bénéficient d'un cadre précis et exigeant (clauses contractuelles types, décision d'adéquation accessibles sur le site de la CNIL « transférer des données hors UE »), conforme aux modèles adoptés par la Commission européenne, ainsi que des mesures de sécurité appropriées.

17.4. Combien de temps sont conservés les données personnelles ?

Sauf précision apportée dans la demande d'adhésion, les données à caractère personnel sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

17.5. Quels sont les droits de l'Adhérent et l'Assuré ?

L'Adhérent et l'Assuré disposent d'un droit :

- d'accès (possibilité de demander si et quelles informations nous détenons),
- de rectification (possibilité de demander la rectification des informations inexacts leur concernant),
- d'effacement (possibilité de demander la suppression des données dès lors que certaines conditions sont remplies),
- de limitation du traitement,
- à la portabilité des données.

L'Adhérent et l'Assuré peuvent également :

- définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès,
- retirer leur consentement si le traitement de leurs données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peut entraîner l'impossibilité pour SOGECAP de fournir ou d'exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit.

L'Adhérent et l'Assuré bénéficient du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à leur situation particulière, à ce que des données à caractère personnel leurs concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en œuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de la situation devra être clairement argumenté.
- sans avoir à motiver les demandes, à ce que les données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.
- à des opérations de prospection par téléphone en inscrivant l'Adhérent et l'Assuré sur la liste d'opposition selon les modalités décrites sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante : Société Opposetel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000 Troyes. Ils ne pourront plus être démarchés téléphoniquement par SOGECAP ou l'un de ses partenaires sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de l'identité : Par lettre simple à l'adresse suivante : SOGECAP – Direction de la Conformité – Service Protection des données – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris la Défense Cedex ou depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site : <https://www.assurances.societegenerale.com>.

Afin de permettre un traitement efficace de la demande, nous remercions l'Adhérent et l'Assuré d'indiquer clairement le droit qu'ils souhaitent exercer ainsi que tout élément facilitant leur identification (numéro d'Assuré/d'Adhérent, numéro de contrat)

Ils ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Pour mieux connaître les traitements mis en œuvre par le groupe SOGECAP, la politique de protection des données est accessible à l'adresse suivante :

<https://www.assurances.societegenerale.com>

17.6. Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

SOGECAP pourra procéder à l'enregistrement des conversations et des échanges avec le ou les collaborateurs assurant la gestion des adhésions, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc) aux fins d'amélioration de la qualité de service. Les enregistrements téléphoniques sont conservés dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Si l'Adhérent ou l'Assuré souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, ils peuvent en faire la demande par courrier adressé à SOGECAP – Monsieur Le Directeur de la Relation Client – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1.

18. MODIFICATION DU CONTRAT

En cas de modification du contrat collectif GARANTIE AUTONOMIE SENIOR souscrit par SOCIÉTÉ GÉNÉRALE auprès de l'Assureur, les adhérents seraient informés par écrit des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances. L'Adhérent pourrait alors dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

19. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Si l'Adhérent ou l'Assuré désire de plus amples informations, il peut s'adresser à son agence.

SOCIETE GENERALE – Société Anonyme au capital de 1 066 714 367,50€ Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro unique d'identification 552 120 222. Siège social : 29 boulevard Haussmann, 75009 PARIS. Immatriculation ORIAS n° 07 022 493 (www.orias.fr).

Objet social : SOCIETE GENERALE a pour objet, dans les conditions déterminées par la législation et la réglementation applicables aux établissements de crédit, d'effectuer avec toutes personnes physiques ou morales, tant en France qu'à l'étranger : toutes opérations de banque ; toutes opérations connexes aux opérations bancaires, notamment toutes prestations de services d'investissement ou services connexes visées aux articles L.321-1 et L.321-2 du Code Monétaire et financier ; toutes prises de participation. SOCIETE GENERALE peut également à titre habituel, dans le cadre des conditions définies par le Comité de la réglementation bancaire et financière, effectuer toutes opérations autres que celles visées ci-dessus, notamment le courtage d'assurance. D'une façon générale, SOCIETE GENERALE peut effectuer, pour elle-même et pour le compte de tiers ou en participation, toutes opérations financières, commerciales, industrielles ou agricoles, mobilières ou immobilières pouvant se rapporter directement ou indirectement aux activités ci-dessus ou susceptibles d'en faciliter l'accomplissement.

SOGECAP – SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 263 556 110EUR. Entreprise régie par le Code des assurances – 086 380 730 RCS NANTERRE – SIRET 086 380 730 00084. Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex. Centre Relations Clients : 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1 – Tél. : 09.69.362.362 (coût d'une communication locale depuis une ligne fixe – coût variable selon opérateur).

Autorité chargée du contrôle : ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

VOLET ASSISTANCE

Convention d'assistance n° 921 983

Garantie Autonomie Senior

1. OBJET

SOGECAP souhaite faire bénéficier les adhérents au contrat Garantie Autonomie Senior souscrit par Société Générale auprès de SOGECAP, des garanties d'assistance de la convention d'assistance n°921 983 (ci-après dénommée « Convention d'assistance ») détaillées ci-dessous.

Ces garanties d'assistance sont assurés par Fragonard Assurances, Société Anonyme régie par le Code des Assurances (au capital de 37 207 660 € – 479 065 351 RCS Paris Siège social : 2 Rue Fragonard – 75017 PARIS) et mises en œuvre par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS (Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 € – 490 381 753 RCS Paris – Siège social : 7 rue Dora Maar – 93400 SAINT OUEN – Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07 026 669), ci-après dénommée « Mondial Assistance ».

La convention d'assistance est incluse dans le cadre de l'adhésion au contrat Garantie Autonomie Senior et reprend les mêmes modalités d'adhésion, de prise d'effet, de durée et de résiliation, sauf mention contraire dans la convention d'assistance.

Besoin d'assistance ?

► Contactez-nous (24/24)

Depuis la France au **01 40 25 52 61**

(numéro non surtaxé, coût d'un appel local)

accessible **24h/24 et 7j/7**

sauf mention contraire dans la Convention d'assistance

► Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit : **921983**
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

2. DÉFINITIONS

Aidant : Conjoint, parent ou allié du Bénéficiaire, ou à une personne résidant avec le Bénéficiaire ou entretenant avec lui des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Bénéficiaire : Personne physique assurée par le contrat Garantie Autonomie Senior souscrit auprès de SOGECAP et comportant de l'assistance.

Conjoint : Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

Dépendance : La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Domicile : Lieu de résidence principale (dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu) ou secondaire situé en France métropolitaine.

Enfants : Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire ou de son Conjoint, âgés de moins de 15 (quinze) ans vivant habituellement sous son toit.

France : France métropolitaine, où se situe le Domicile.

Hébergement : Frais d'hôtel en France (petit déjeuner compris) à l'exclusion de tout autre frais notamment de restauration, de boisson et de pourboires.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, non programmé ou ne pouvant être reporté, avec nuitée. Une durée d'Hospitalisation peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus de l'hospitalisation :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

Immobilisation à domicile : Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin. Une durée d'Immobilisation peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

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

Membre de la famille dépendant à charge : Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire.

Prestataire : Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

Proche : Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France métropolitaine et désignée par le Bénéficiaire ou par l'Aidant.

Transport : Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :
- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location, taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

3. ÉVÈNEMENTS GARANTIS ET TERRITORIALITÉ

3.1. Événements garantis

Les conditions de délivrance des prestations d'assistance varient selon les prestations :

Les prestations décrites à l'article 5.2 « Informations – Service à la personne » et à l'article 5.3 « Rester en bonne santé » peuvent être délivrées à tout moment dès l'adhésion et pendant les heures d'ouverture du service d'information.

Les prestations décrites à l'article 5.4 « Hospitalisation – Immobilisation à Domicile » sont délivrées en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, qu'il soit entré en Dépendance ou non.

Les prestations décrites à l'article 5.5 « Aide au Bénéficiaire dépendant » sont délivrées au moment de l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire.

Les prestations décrites à l'article 5.6 « Aide à l'Aidant du Bénéficiaire dépendant » sont délivrées lorsque le Bénéficiaire entré en Dépendance fait appel à un Aidant.

3.2. Territorialité

Les prestations de la Convention d'assistance sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile de l'Aidant, en France métropolitaine.

4. DURÉE DE VALIDITÉ DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Garantie Autonomie Senior dans le cadre de l'accord liant SOGECAP et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations mises en œuvre par Mondial Assistance.

Les Prestations d'assistance cessent à la prochaine date anniversaire de l'adhésion au contrat Garantie Autonomie Senior en cas de cessation de l'accord liant SOGECAP et Fragonard Assurances.

5. SERVICES GARANTIS

5.1. Informations – Mise en relation avec des Prestataires

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- informations juridiques : fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- information sur les démarches administratives à effectuer ;
- informations pratiques : information loisirs, services publics, activités culturelles, etc.

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

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

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; **en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.**

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.2. Services à la personne

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance peut :

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

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

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

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

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.3. Rester en bonne santé – Nutricoach

Nutricoach est un programme d'éducation et d'accompagnement nutritionnel, et une aide à la perte pondérale.

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance fournit au Bénéficiaire :

- un bilan d'évaluation des pratiques alimentaires par rapport aux normes du Programme National Nutrition Santé,
- des informations sur les bonnes pratiques préventives et les règles hygiéno-diététiques pour une alimentation équilibrée et la gestion des écarts alimentaires,
- un accompagnement téléphonique à la mise en œuvre et au maintien d'une stratégie de perte pondérale.

Le programme « Nutricoach » s'appuie sur un site internet proposant un module de suivi et un générateur de menus adaptés à la situation et aux objectifs déclarés par le Bénéficiaire.

Un programme d'envoi de SMS est également proposé au Bénéficiaire pendant toute la durée de l'accompagnement.

La prestation est limitée à 5 (cinq) entretiens de suivi ou de coaching par an.

5.4. Hospitalisation – Immobilisation à Domicile

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

5.4.1. SERVICE ET AIDES A DOMICILE

Les prestations « Services et aides à Domicile » sont utilisables dès l'adhésion, sous condition d'une durée d'Hospitalisation au moins égale à 2 (deux) nuitées ou d'une durée d'Immobilisation à Domicile au moins égale à 5 (cinq) jours. La prise en charge est limitée à 2 (deux) fois par année d'assurance.

L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 15 (quinze) jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile.

❖ Evaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aides à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

❖ Enveloppe de services et d'aides à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, **dans la limite d'une enveloppe de 200€ TTC**

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande. Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'événement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum de l'enveloppe de 200 € TTC ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention d'assistance et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'événement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

★ **Transport**

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

★ **Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère**

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

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

★ **Préparation du retour au Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'un Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

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

★ **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

★ **Transfert des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants à charge au Domicile d'un Proche**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

★ **Garde à Domicile des Enfants**

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2(deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants.

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

★ **Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extrascolaires des Enfants**

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

★ **Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge**

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

★ **Portage des repas**

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile » décrite précédemment.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

★ **Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent**

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

★ **Fermeture du Domicile quitté en urgence**

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

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

★ **Garde des animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)**

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

★ Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

★ Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,
- y compris ceux réalisés à domicile.

5.4.2. APPEL DE SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE

Les prestations suivantes sont délivrées uniquement à la suite d'une Hospitalisation au moins égale à 2 (deux) nuitées ou d'une Immobilisation à Domicile au moins égale à 5 (cinq) jours.

❖ Appel de suivi au retour au Domicile

Mondial Assistance propose de rappeler dans un délai de 1 à 2 semaines, suite à la demande de mise en œuvre de la prestation « Services et Aides à Domicile » décrite ci-dessus, afin de faire le point avec le Bénéficiaire sur sa situation médicale et médico-sociale au retour à Domicile.

Dans le cadre de cet appel de suivi, Mondial Assistance analyse la situation, accompagne le Bénéficiaire tant au niveau médical qu'organisationnel.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

❖ Accompagnement au Domicile

Si Mondial Assistance identifie la nécessité d'un accompagnement au Domicile, il pourra être proposé :

- L'orientation vers une assistante sociale
- L'organisation et la prise en charge de l'intervention d'une infirmière au Domicile du Bénéficiaire, **dans la limite de 2 (deux) heures.**

La mise en œuvre de l'intervention de l'infirmière est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

5.5. Aide au Bénéficiaire dépendant

5.5.1. BILAN DE L'HABITAT

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi hors jours fériés de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, les prestations ci-après :

❖ Accompagnement social comprenant :

- une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire ;
- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie ;
- un plan d'aide pour faciliter sa vie à domicile ;
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;
- des informations sur les aides auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

L'accompagnement social est réalisé une seule fois par adhésion.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

❖ Assistance à l'aménagement du Domicile

Mondial Assistance propose :

- un audit de l'habitat par un Prestataire pour évaluer la conformité du Domicile à ses nouveaux besoins, les aménagements nécessaires pour son maintien à domicile et le coût des travaux associés,
- la mise en relation avec des Prestataires pour la réalisation des travaux.

L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par adhésion.

Le coût des devis et travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.

5.5.2. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en œuvre une évaluation téléphonique par un psychologue clinicien.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

La prestation doit être activée dans les 3 (trois) mois suivant l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire et est limitée à 3 (trois) entretiens téléphoniques annuels.

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

5.5.3. EQUIPEMENT DU DOMICILE

❖ Téléassistance au Domicile

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au Domicile du Bénéficiaire dépendant. La mise en relation donne droit à un remboursement des 3 premiers mois ainsi qu'à un tarif préférentiel pour les mois suivants.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société GTS, société du groupe Allianz Worldwide Partner SAS, Société Anonyme au capital de 720 000 euros, 330 377 193 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sénard 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire.

Le remboursement est limité à une fois par événement garanti.

❖ Télésurveillance et détecteurs de fumée

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de télésurveillance permanente au Domicile du Bénéficiaire dépendant. La mise en relation donne droit à un remboursement des 3 premiers mois ainsi qu'à un tarif préférentiel pour les mois suivants.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la filiale de Mondial Assistance, SEPSAD Société anonyme au capital de 174 750 euros, 418 717 666 RCS Paris, dont le siège social est au 2 boulevard Montmartre 75009 Paris.

La mise en place du dispositif de télésurveillance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire.

Le remboursement est limité à une fois par événement garanti.

5.5.4. RECHERCHE D'UN ETABLISSEMENT SPECIALISE

❖ Visites de maisons d'accueil

Mondial Assistance organise et prend en charge le Transport (aller et retour) jusqu'aux établissements choisis par le Bénéficiaire ou son entourage, sans prise en charge.

Mondial Assistance ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier du Bénéficiaire par un établissement.

La prestation est limitée à 60 € TTC par visite, dans la limite de 3 (trois) visites par événement garanti.

Les autres frais liés à ces visites restent à la charge du Bénéficiaire.

❖ Aide au déménagement

Mondial Assistance met le Bénéficiaire en relation avec :

- une entreprise de déménagement,
- un loueur de véhicule de type utilitaire se conduisant avec un permis B,
- un Prestataire pour l'aider, par téléphone ou sur place, à faire l'état des lieux,
- une entreprise spécialisée dans le nettoyage de locaux.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées minimum à compter de la demande.

❖ Présence d'un Proche pour aider à l'installation du Bénéficiaire en établissement spécialisé

Transport (aller et retour) et Hébergement d'un Proche pour aider le Bénéficiaire lors de son installation en établissement spécialisé.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées minimum à compter de la demande.

L'Hébergement d'un Proche est limité à 60€ TTC par nuit dans la limite de 2 (deux) nuits.

Les prestations sont mises en place une seule fois par événement garanti.

5.6. Aide à l'Aidant du Bénéficiaire

5.6.1. FORMATION DE L'AIDANT

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, les prestations ci-après :

❖ Préparation au rôle d'Aidant

Mondial Assistance fournit des conseils destinés à prévenir l'Aidant des risques liés à sa nouvelle situation :

- des conseils pour rester en bonne santé,
- des conseils pour comprendre les difficultés du Bénéficiaire Dépendant et éviter les gestes involontaires de maltraitance.

La prestation doit être activée dans les 3 (trois) mois suivant l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire.

❖ Orientation vers les groupes de parole

En fonction des disponibilités locales, Mondial Assistance oriente l'Aidant vers des associations et des établissements spécialisés proposant des séances de discussion afin d'éviter un isolement de l'Aidant.

La prestation doit être activée dans les 3 (trois) mois suivant l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire.

❖ Apprentissage des gestes d'accompagnement du Bénéficiaire dépendant

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière afin de former l'Aidant aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Bénéficiaire en état de Dépendance.

La prestation consiste en 3 (trois) heures de formation à domicile incluant les frais de déplacement du formateur.

La prestation doit être activée dans les 3 (trois) mois suivant l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire.

5.6.2. LE REPIT DE L'AIDANT

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en œuvre, les prestations ci-après :

❖ Aide à Domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le Bénéficiaire dépendant

Mondial Assistance, organise et prend en charge dans la limite d'une enveloppe globale de **1 000 € TTC**, en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires :

- soit une aide à Domicile auprès du Bénéficiaire dépendant.
Mondial Assistance missionne :
 - soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillage, etc.) **hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier (ère),**
 - soit une personne de compagnie.
- soit une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié.

La prise en charge est limitée à une fois par période annuelle de garantie.

❖ Téléassistance au Domicile

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au Domicile du Bénéficiaire dépendant. La mise en relation donne droit à un remboursement des 3 mois premiers mois ainsi qu'un tarif préférentiel pour les mois suivants.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société GTS, société du groupe Allianz Worldwide Partner, Société Anonyme au capital de 720 000 euros, 330 377 193 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sémard 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

Le remboursement est limité à une fois par événement garanti.

6. RESPONSABILITÉ

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

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

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

Pour une prestation d'assistance dont la prise en charge financière est énoncée dans la Convention d'assistance, l'organisation par le Bénéficiaire ou ses proches de cette même prestation d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention d'assistance. Elle ne sera pas tenue responsable :

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

7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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

- les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire ou de l'Aidant,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou par l'Aidant, ou l'absorption par le Bénéficiaire ou par l'Aidant de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire ou par un Aidant et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les entrées en Dépendance antérieures à la date d'effet du contrat,
- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,

- des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité, antérieurement avérées/constituées,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

8. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE
Traitement des Réclamations
TSA 70002 – 93488 SAINT-OUEN Cedex

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

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

9. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à :

Mondial Assistance France
Direction Technique DT03 – Service Juridique
7, rue Dora Maar – 93488 SAINT-OUEN Cedex

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.

10. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention d'assistance sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex.

11. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention d'assistance est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention d'assistance est le français.