

Sofinco est une marque de CA Consumer Finance SA.

L'assurance Garantie Budget Sérénité vous est proposée par la Société CA Consumer Finance SA.

La Société CA Consumer Finance SA - 1 rue Victor Basch - CS 70001 - 91068 Massy Cedex - est un établissement de crédit et un intermédiaire d'assurance immatriculé en qualité de courtier au Registre des Intermédiaires en Assurance sous le n° 07 008 079, consultable sur le site de l'ORIAS www.orias.fr.

Pour l'activité d'intermédiaire en assurance, la Société CA Consumer Finance relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris CEDEX 09.

En matière de contrats individuels d'assurance contribuant à protéger votre budget en cas d'aléas de la vie, la Société CA Consumer Finance propose principalement les contrats d'assurance de CACI Non-Vie. Il peut vous être communiqué, par courrier, à votre demande, le nom des autres entreprises d'assurance avec lesquelles CA Consumer Finance travaille.

CA Consumer Finance et CACI Non-Vie font partie du Groupe Crédit Agricole qui détient plus de 10 % de leur capital social.

La commission perçue par CA Consumer Finance pour la distribution de ce contrat d'assurance est incluse dans les primes du contrat d'assurance.

Pour toute information ou toute réclamation liée à l'activité d'intermédiation en assurance de la Société CA Consumer Finance, son Service Consommateurs est à votre disposition : Service Consommateurs CA Consumer Finance - 1 rue Victor Basch - CS 70001 - 91068 Massy Cedex.

Vos informations personnelles sont collectées et traitées par CA Consumer, responsable de traitement. Leur traitement et conservation est nécessaire pour exécuter les mesures précontractuelles prises à votre demande ainsi que la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Elles seront conservées pour une durée maximale de dix ans à compter de la date de la fin de notre relation contractuelle. Ce délai peut être étendu jusqu'à l'épuisement des voies de recours en cas de contentieux.

Les éventuels enregistrements téléphoniques avec nos conseillers seront conservés pour une durée maximale de 8 semaines. Vous avez la possibilité d'accéder à l'enregistrement de votre appel téléphonique, d'exercer votre droit d'opposition et/ou de demander la suppression de vos données.

Vos informations sont susceptibles d'être traitées en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous prenons les dispositions nécessaires avec nos sous-traitants et partenaires pour garantir un niveau de protection de vos données personnelles adéquat et conforme aux exigences légales et réglementaires.

Conformément à la réglementation vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de limitation et d'effacement de vos données. Vous avez aussi le droit de vous opposer aux traitements réalisés ou d'en demander la limitation pour des motifs légitimes. Vous pouvez par ailleurs nous transmettre vos instructions pour la conservation, l'effacement ou la communication de vos données personnelles en cas de décès et désigner la personne qui en aura la charge.

Si vous avez des questions relatives à l'utilisation de vos données personnelles, ou si vous souhaitez exercer vos droits vous pouvez à tout moment contacter notre Délégué à la protection des données par mail à l'adresse suivante : dpcacf@ca-cf.fr

Nous ferons de notre mieux pour répondre à vos questions sur le traitement de vos Données personnelles. Vous pourrez, si vous le souhaitez, faire une réclamation auprès de la CNIL selon les modalités indiquées sur son site (www.cnil.fr)

L'assurance Garantie Budget Sérénité prévoit le versement de prestations financières, selon vos choix parmi plusieurs options et formules, en fonction de votre besoin et de votre composition familiale.

Trois options vous sont proposées :

- Avec l'option Santé, vous pouvez bénéficier d'une indemnité forfaitaire sous forme d'un capital de 5 000 € en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité, Maladies redoutées et Handicap d'un assuré (vous-même et les membres de votre famille si vous choisissez une formule les intégrant). Un sinistre « Option Santé » par contrat et par assuré.
- Avec l'option Travail : vous pouvez bénéficier d'une indemnité de 300 € jusqu'à 6 mois en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et, si l'assuré est salarié, de Perte d'emploi (vous-même et votre conjoint si vous choisissez une formule l'intégrant).
- Avec l'option Coups Durs, vous pouvez bénéficier d'une indemnité forfaitaire de 300 € par sinistre et par an permettant de faire face, en tout ou partie, à vos dépenses en cas de : accident et panne mobilité, panne électroménager, frais vétérinaires engagés pour votre chien ou votre chat. Cette option peut être souscrite en complément de l'une ou l'autre des options Santé et Travail (elle ne peut pas être sélectionnée seule). Elle couvre tous les membres de votre foyer.

Les garanties de l'option Santé, de l'option Coups durs, et la garantie Perte d'Emploi sont soumises à un délai de carence de 90 jours (qui s'applique à compter de la prise d'effet de votre contrat). Il n'y a pas de délai de carence en cas d'arrêt de travail (ITT).

Quatre formules vous sont proposées : Solo, Solo + enfants, Duo, Duo + enfants.

L'assurance Garantie Budget Sérénité vous permet ainsi de choisir la combinaison qui correspond le mieux à vos besoins en vous assurant seul ou avec votre famille. Votre mensualité dépendra des options et formule choisies, et s'adaptera à l'évolution de vos garanties dans le temps. Vos choix seront repris dans vos conditions particulières.

Pour souscrire, vous devez résider en France et être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans pour l'option Travail. Pour les options Coups Durs et Santé, vous devez être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans.

Les assurés bénéficient de prestations d'assistance fournies par EUROP ASSISTANCE lorsque les options Santé et Travail sont choisies.

L'assistance est composée, notamment, des prestations suivantes:

- Accompagnement social, assistance psychologique ;
- Transport de personnes dans la limite d'une enveloppe de 300 € maximum ;
- Pour l'option Santé, des services à la personne dans la limite d'une enveloppe de 300 € maximum ;
- Pour l'option Travail, une assistance de retour à l'emploi, (accompagnement Professionnel pour retrouver un emploi).

L'assurance Garantie Budget Sérénité constitue une solution adéquate au regard des besoins que nous avons recueillis auprès de vous dans le cadre du parcours de souscription. Nous vous recommandons de lire attentivement le détail des garanties, des limites et des exclusions de garantie figurent dans les Conditions Générales d'Assurance valant Notice d'Information et dans les Conditions d'Assistance ci-après.

Il est essentiel que vous preniez précisément connaissance de la liste des risques exclus au titre des garanties, notamment dans l'hypothèse où vous auriez fait l'objet de certaines maladies ou affections avant la souscription de l'Assurance. En effet, si votre situation entre dans le champ des exclusions prévues au contrat, vous ne pourrez pas bénéficier d'une prise en charge au titre des garanties.

ASSURANCE GARANTIE BUDGET SÉRÉNITÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies :

Au titre de la garantie d'assurance : CACI Non-Vie - Etablissement principal : 16-18, boulevard de Vaugirard, 75015 Paris - RCS Paris 509 690 715 - Succursale française de : CACI Non-Life DAC - Société d'assurance de droit irlandais - Siège social : Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2, Irlande - Immatriculée au Companies Registration Office sous le n° 306027 - Soumise au contrôle de la Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1 Irlande.

Au titre des garanties d'assistance : Europ Assistance société anonyme au capital de 61 712 744 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 89 Rue Taitbout - 75009 Paris, et agréée par l'Autorité de Surveillance française (ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09, France) sous le numéro 4021295.

Produit : Garantie Budget Sérénité

BUS/ALT - 01/26 IPID

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'assurance Garantie Budget Sérénité, souscrite par l'intermédiaire de Crédit Agricole Consumer Finance, garantit le versement de prestations financières, selon les choix du souscripteur, en fonction de sa situation familiale et de ses besoins, en cas de : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité, Maladies redoutées, Handicap (« Option Santé »), Incapacité Temporaire Totale de Travail, Perte d'emploi (« Option Travail »), Accident et panne mobilité, Panne électroménager, Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie (« Option Coups durs »).

L'« Option Coups durs » peut être souscrite en complément de l'une et/ou l'autre des options Santé et Travail.



Qu'est ce qui est assuré ?

Sous réserve de remplir les conditions d'éligibilité aux garanties.

LES GARANTIES PROPOSÉES :

« OPTION SANTÉ »

✓ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

État de l'assuré consécutif à un accident ou une maladie le plaçant dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour exécuter les actes ordinaires de la vie courante, et ce, toute sa vie durant (invalidité de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tout autre organisme français assimilé).

→ Versement d'un capital de 5 000 € en cas de sinistre.

→ Un sinistre « Option Santé » par contrat et par assuré.

✓ Invalidité :

État de l'assuré consécutif à un accident ou une maladie le plaçant dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit (Invalidité de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tout autre organisme français assimilé).

→ Versement d'un capital de 5 000 € en cas de sinistre.

→ Un sinistre « Option Santé » par contrat et par assuré.

✓ Maladies redoutées :

Pathologies de l'assuré suivantes : affections cancéreuses, leucémies, lymphomes, myélomes, accident vasculaire cérébral (AVC), infarctus du myocarde (IDM), insuffisance rénale chronique terminale.

→ Versement d'un capital de 5 000 € en cas de sinistre.

→ Un sinistre « Option Santé » par contrat et par assuré.

✓ Handicap :

Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. Sont couvertes au titre du handicap, les pathologies suivantes : déficience intellectuelle, handicap auditif, handicap visuel, handicap moteur, troubles envahissants du développement et pluri-handicap.

→ Versement d'un capital de 5 000 € en cas de sinistre.

→ Un sinistre « Option Santé » par contrat et par assuré.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes âgées de moins de 18 ans (sauf les enfants du Souscripteur selon la formule choisie) et de plus de 70 ans (date d'anniversaire) à la souscription pour les options « Santé » et « Coups Durs », et les personnes âgées de moins de 18 ans et de plus de 65 ans (date d'anniversaire) pour l'option « Travail ».
- ✗ Les personnes ne résidant pas en France Métropolitaine et DROM.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

Les événements suivants y compris leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- ! Les sinistres dus à la faute intentionnelle de l'Assuré ;
- ! Les tentatives de suicide et les mutilations ;
- ! Les accidents ou maladies résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de médicaments non prescrits médicalement ;
- ! Les accidents résultant de l'état d'ébriété de l'Assuré ;
- ! Les accidents survenus au cours des dix années précédant la date de demande de souscription de l'Assuré ;
- ! Les accidents liés à la pratique de sports dangereux.

PRINCIPALES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE :

• PTIA :

- ! Les suites, conséquences, complications et récidives des accidents ou maladies antérieurs à la souscription.

• Invalidité :

- ! La reconnaissance en invalidité de 1^{ère} catégorie de la Sécurité Sociale ou autre organisme français assimilé ;
- ! La reconnaissance incapacité MDPH ;
- ! Les affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation.



Qu'est ce qui est assuré ?

« OPTION TRAVAIL »

✓ **Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITTT) :**

Impossibilité physique complète temporaire de l'assuré d'exercer une quelconque activité professionnelle pouvant lui procurer salaire, gain ou profit, à la suite de maladie ou d'accident, constatée médicalement par le médecin conseil de l'assureur.

→ Versement d'une indemnité forfaitaire mensuelle de 300 € en cas de sinistre, dans la limite de 6 mois d'indemnisation maximum par sinistre.

✓ **Perte d'emploi :**

Licenciement de l'assuré pour lequel il perçoit une indemnisation de la part de France Travail ou autre organisme français assimilé.

→ Versement d'une indemnité forfaitaire mensuelle de 300 € en cas de sinistre, dans la limite de 6 mois d'indemnisation maximum par sinistre.

« OPTION COUPS DURS »

✓ **Accident et panne mobilité :**

Impossibilité pour l'assuré d'utiliser son véhicule du fait d'une panne ou d'un accident.

→ Versement d'une indemnité forfaitaire de 300 € par sinistre.

→ Un sinistre « Option Coups durs » par année de cotisation.

✓ **Panne électroménager :**

Panne de l'appareil de l'assuré survenant après la date d'expiration de la garantie constructeur et/ou distributeur.

→ Versement d'une indemnité forfaitaire de 300 € par sinistre.

→ Un sinistre « Option Coups durs » par année de cotisation.

✓ **Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie :**

Dépenses de l'assuré directement liées à des frais relatifs à un acte chirurgical ou une hospitalisation du chien ou du chat de l'assuré suite à un accident ou une maladie.

→ Versement d'une indemnité forfaitaire de 300 € par sinistre.

→ Un sinistre « Option Coups durs » par année de cotisation.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

« OPTION SANTÉ »

✓ **Accompagnement social et psychologique :**

→ Conseil social

→ Soutien psychologique

✓ **Services à Domicile et transport :**

→ Services à domicile dans la limite d'une enveloppe de 300 €

→ Transport de personne dans la limite d'une enveloppe de 300 €

« OPTION TRAVAIL »

✓ **Accompagnement social et psychologique :**

→ Conseil social

→ Soutien psychologique

✓ **Services à Domicile et transport :**

→ Services à domicile dans la limite d'une enveloppe de 300 €

→ Transport de personne dans la limite d'une enveloppe de 300 €

✓ **Accompagnement carrière et retour à l'emploi :**

→ Bilan d'évaluation et diagnostic professionnel

→ Elaboration du projet professionnel

→ Mise en œuvre du projet professionnel



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

• **Maladies redoutées :**

! **Les tumeurs : bénignes ; pré cancéreuses ; non invasives ; « in situ » ; de la peau ;**

! **Les suites, conséquences, complications et récurrences des affections cancéreuses, des lymphomes, leucémies, myélomes, diagnostiqués avant la souscription ;**

! **AVC constitués sans séquelles persistantes au 30ème jour suivant l'épisode ;**

! **Les suites, conséquences, complications et récurrences d'AVC diagnostiqué avant la souscription ;**

! **Infarctus du myocarde sans séquelles au 30ème jour suivant l'épisode ;**

! **Les suites, conséquences, complications et récurrences d'infarctus du myocarde diagnostiqué(s) avant la souscription ;**

! **Insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une pathologie diabétique diagnostiquée avant la souscription du contrat.**

• **Handicap :**

! **Les inactifs dont le taux d'incapacité est évalué par la MDPH entre 50% et 79% ;**

! **La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;**

! **La reconnaissance MDPH avec un taux inférieur à 50% ;**

! **Les affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation.**

• **ITTT :**

! **LES AFFECTIONS SUIVANTES Y COMPRIS LEURS SUITES, CONSEQUENCES, RECHUTES OU RECIDIVES LORSQU'ELLES ONT ETE DIAGNOSTIQUEES OU TRAITEES AU COURS DES 10 ANNEES PRECEDANT LA DATE DE DEMANDE DE SOUSCRIPTION : Le diabète insulino-dépendant (type I) et ses complications, les démences neuro dégénératives ou vasculaires, la maladie d'Alzheimer, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaque, la maladie de Parkinson, les affections des artères coronaires et des artères périphériques, les affections des valves cardiaques et de l'aorte, les pathologies cancéreuses, les leucémies, les lymphomes, les myélomes, les affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation.**

• **Perte d'emploi :**

! **Le chômage non indemnisé par France Travail ou autre organisme français assimilé ;**

! **Le licenciement pour faute grave ou lourde ;**

! **Le chômage suite à démission ou abandon de poste ; Les ruptures conventionnelles.**

• **Assistance :**

! **Les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant ;**

! **Les frais engagés sans l'accord d'Europ Assistance ;**

! **Les frais non justifiés par des documents originaux.**

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! **A l'exception de l'ITTT, les garanties prennent effet à l'expiration d'un délai de 90 jours à compter de la conclusion du contrat ;**

! **L'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré de moins de 31 jours continus ;**

! **Le chômage de moins de 31 jours continus.**



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Pour les sinistres survenus dans le monde entier.
- ✓ La prestation de l'Assureur est réalisée en France (France Métropolitaine et DROM (Martinique, Guadeloupe, Mayotte, la Réunion, Guyane)).
- ✓ Les prestations d'assistance sont applicables en France (France Métropolitaine et DROM).



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription et en cours de contrat :

- Vos déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse entraîne la nullité du contrat. Toute omission, déclaration inexacte ou involontaire entraîne la réduction proportionnelle d'indemnités.
- Par ailleurs, vous devez régler vos cotisations d'assurance. Le non-paiement de vos cotisations peut entraîner votre exclusion de l'assurance, dans les conditions prévues par le Code des assurances.

En cas de sinistre :

Si vous faites intentionnellement de fausses déclarations ou si vous produisez des documents falsifiés, la garantie ne vous est pas acquise, et ce pour la totalité du sinistre.

Par ailleurs, vous devez :

- Déclarer les sinistres : dans les 6 mois suivant leur survenance pour les sinistres relatifs à l'Option Santé, et dans les 30 jours suivant leur survenance pour les sinistres relatifs aux Options Travail et Coups durs ;
- Fournir les pièces demandées par l'Assureur pour l'appréciation du sinistre déclaré. Vous devez communiquer ou autoriser vos médecins à fournir au Médecin conseil de l'assureur et à sa demande tous renseignements médicaux concernant le sinistre déclaré, et à vous soumettre à son contrôle ;
- Informer l'Assureur du nom des autres assureurs couvrant le même risque, ainsi que de tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payées par prélèvement automatique mensuel par l'Assureur, à l'expiration du délai de renonciation, sur le compte bancaire dont les références sont portées sur le mandat SEPA joint à la demande de souscription.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à l'expiration d'un délai de 90 jours à compter de la conclusion du contrat, à l'exception de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail qui prend effet à compter de la conclusion du contrat, sous réserve des conditions de garantie.

Elles cessent à la date du premier des événements suivants :

- Au décès du Souscripteur ;
- Résiliation du contrat par le Souscripteur dans les conditions prévues par celui-ci ;
- En cas de renonciation du Souscripteur ;
- Résiliation du contrat par l'Assureur ;
- Au jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties Invalidité, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Perte d'emploi ;
- Au jour du 80^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Maladies redoutées et Handicap ;
- En cas de retraite professionnelle ou de cessation d'activité de l'Assuré pour les garanties Invalidité, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Perte d'emploi.



Comment puis-je résilier le contrat ?

A tout moment, soit :

- Par lettre simple, lettre recommandée adressée à l'Assureur à l'adresse figurant dans le support de souscription, (le cachet de La Poste faisant foi) ou sur tout autre support durable ainsi que par téléphone au numéro figurant dans la notice d'information,
- Par déclaration faite au siège social de l'Assureur,
- Par acte extrajudiciaire,
- En ligne via le formulaire de résiliation accessible depuis le site Internet de votre Assureur, ou celui de votre distributeur.

Dans tous les cas, la résiliation prendra effet le 5 du mois suivant la dernière échéance payée.

Droit de renonciation : le Souscripteur peut exercer son droit de renonciation au moment de la conclusion du contrat, par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 30 jours calendaires à compter du moment où il est informé(e) que le contrat est conclu.

L'Assureur et le Courtier distributeur du présent contrat font partie du Groupe Crédit Agricole. La langue française est utilisée pour le présent contrat.

LEXIQUE

LES INTERVENANTS AU CONTRAT

- **Assuré(s)** : l(es) assuré(s) au titre du présent contrat est (sont) la(es) personne(s) physique(s) désignée(s) comme tel aux conditions particulières du contrat conformément aux formules suivantes :
 - Le Souscripteur (formule Solo),
 - Le Souscripteur et ses Enfants (formule Solo + Enfants)
 - Le Souscripteur et le 2^{ème} assuré (formule Duo),
 - Ou le Souscripteur, le 2^{ème} assuré et leurs Enfants (formule Duo + Enfants).
- **2^{ème} Assuré** : la personne physique résidant au domicile du Souscripteur ayant la qualité de conjoint. Au jour de la souscription du contrat, il doit être majeur, âgé de moins de 70 ans (date d'anniversaire) pour les options Santé et Coups Durs et de moins de 65 ans (date anniversaire) pour l'option Travail. A la souscription, le Souscripteur précise les coordonnées du 2^{ème} assuré. Le Souscripteur s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification de la qualité du 2^{ème} assuré afin de procéder selon son choix aux modifications du contrat.
- **Enfants** : les enfants du Souscripteur et/ou ceux du 2^{ème} Assuré, âgés de

plus de 30 jours et de moins de 18 ans (date anniversaire), vivant sous le même toit que le Souscripteur et fiscalement à charge du Souscripteur. Si à la souscription, le Souscripteur a choisi d'assurer ses enfants, tous ses autres enfants à charge nés après la date de souscription du contrat, durant la période de validité du contrat, le seront automatiquement dès qu'ils seront âgés de plus de 30 jours.

- **Assureur** : CACI Non-Vie.
- **Courtier distributeur** : CA Consumer Finance.
- **Souscripteur** : le souscripteur du contrat est la personne physique désignée comme tel aux conditions particulières du contrat, qui a donné son consentement à l'assurance et qui répond aux conditions d'éligibilité définies ci-après. Au jour de la souscription du contrat, il doit être majeur, âgé de moins de 70 ans (date d'anniversaire) pour les options Santé et Coups Durs et de moins de 65 ans (date anniversaire) pour l'option Travail. Il doit également résider en France (Métropolitaine et DROM : Martinique, Guadeloupe, Mayotte, la Réunion, Guyane).

TERMES LIÉS AU FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

- **Accident** : événement non intentionnel, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
 - Accident (Animal de compagnie) : toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Animal de compagnie et non intentionnelle de l'Assuré ou de la personne ayant la garde, à titre professionnel ou à titre privé, de l'Animal de compagnie.
 - Accident (Véhicule) : événement soudain, imprévu et extérieur à la chose endommagée causant un dommage matériel au Véhicule de l'Assuré et nécessitant des réparations ou le rachat d'un nouveau Véhicule.
- **Animal de compagnie** : chien ou chat de l'Assuré,
 - Agé de plus de 3 mois et de moins de 10 ans (date anniversaire) à la souscription du contrat ;
 - Etant à jour de ses vaccins et de ses rappels ;
 - Et étant identifiable par un tatouage au dermatographe ou par une identification électronique.
- **Appareil ménager** : tout appareil.
 - Appartenant à la liste suivante : lave-linge, sèche-linge, lave-linge séchant, lave-vaisselle, réfrigérateur, réfrigérateur US, congélateur, cuisinière, table de cuisson, four, four micro-ondes, hotte, chaudière, pompe à chaleur, ballon d'eau chaude, chauffe-eau ;
 - Acheté neuf ou reconditionné par l'Assuré chez un commerçant ;
 - Installé au domicile ou dans la résidence secondaire de l'Assuré à la date du sinistre ;
 - Conforme à la norme CEE ;
 - Non couvert au moment du sinistre par la garantie contractuelle du constructeur ou du distributeur (période d'extension de garantie comprise) ;
 - Etant âgé de moins de 10 ans (date anniversaire).
- **Conjoint** : époux/épouse, partenaire de Pacs, ou concubin(e) notoire du Souscripteur, vivant sous le même toit que le Souscripteur.
- **Délai de franchise** : délai qui s'applique à chacun des sinistres couverts par la garantie concernée ; ce délai débute à compter de la date de survenance du sinistre, qui sera pris en charge à l'expiration du délai de franchise si les conditions de garantie sont réunies.
- **Foyer** : ensemble des membres qui composent la famille du Souscripteur : le Souscripteur, son Conjoint, et/ou leurs Enfants.
- **Frais relatifs à un acte chirurgical ou une hospitalisation de l'Animal de compagnie** : les dépenses suivantes, engagées par l'Assuré :
 - Le coût de l'acte opératoire (honoraires) ;
 - Les examens préopératoires effectués dans les 48h qui précèdent l'intervention chirurgicale ;
 - Les frais d'examens de laboratoire et les frais d'examens radiologiques et échographiques ;
 - Les honoraires vétérinaires ;
 - Les frais de pharmacie ;

- Les frais d'hospitalisation ;
- Le transport en ambulance animalière, lorsque l'état de santé de l'Animal de compagnie le nécessite.

- **France** : France Métropolitaine et DROM (Martinique, Guadeloupe, Mayotte, la Réunion, Guyane).
- **Handicap** : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. Sont couvertes au titre du handicap :
 - La Déficience intellectuelle ;
 - Le Handicap auditif ;
 - Le Handicap visuel ;
 - Le Handicap moteur ;
 - Les Troubles envahissants du développement ;
 - Le Pluri-Handicap.
- **Déficience intellectuelle** : arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.
- **Handicap auditif** : état caractérisé par une perte partielle ou totale de l'audition.
- **Handicap moteur** : ensemble des troubles entraînant une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes).
- **Handicap visuel** : état de cécité unilatérale ou bilatérale, ou de malvoyance.
- **Troubles envahissants du développement (ou troubles du spectre autistique)** : groupe de troubles caractérisés par une faible qualité des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement de la personne, en toutes situations.
- **Pluri-Handicap** : association de plusieurs handicaps (moteur, auditif, visuel, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement).
- **Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITTT)** : impossibilité physique complète temporaire de l'Assuré d'exercer une quelconque activité professionnelle pouvant lui procurer salaire, gain ou profit, à la suite de maladie ou d'accident, constatée médicalement par le médecin conseil de l'Assureur.

La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ne bénéficie qu'aux seules personnes qui exercent, au jour du sinistre, une activité professionnelle rémunérée ou perçoivent des allocations chômage de la part de France Travail ou d'organismes français assimilés.

- **Indisponibilité du Véhicule** : impossibilité d'utiliser son Véhicule, du fait d'une Panne ou d'un Accident.
- **Invalidité** : état de l'Assuré consécutif à un Accident ou une Maladie le plaçant dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit (cet état correspond à l'invalidité de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tout autre organisme français assimilé).
- **Maladie (Animal de compagnie)** : toute altération de l'état de santé de l'Animal de compagnie constatée par un vétérinaire.
- **Maladie redoutée** : pathologie de l'Assuré figurant dans la liste suivante et définie ci-après :
 - Les Affections cancéreuses, les leucémies, les lymphomes, et les myélomes ;
 - L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ;
 - L'Infarctus du myocarde (IDM) ;
 - L'Insuffisance rénale chronique terminale.
- **Affections cancéreuses** : les affections cancéreuses s'entendent comme toutes tumeurs cancéreuses confirmées par un examen anatomopathologique. Sont exclues de cette définition : les tumeurs bénignes, les tumeurs pré-cancéreuses, les tumeurs « in situ », les tumeurs non invasives, certaines tumeurs cutanées. Voir les exclusions spécifiques à l'article III-2.3.
- **Accident Vasculaire Cérébral (AVC)** : tout épisode d'ischémie ou d'hémorragie cérébrale aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes confirmées lors d'une consultation de neurologie au plus tôt 30 jours après l'épisode.
- **Infarctus du myocarde (IDM)** : lésion(s) vasculaire(s) coronaire(s) avec nécrose du muscle cardiaque, permanente(s) et irréversible(s) confirmée(s) lors d'une consultation de cardiologie au plus tôt 30 jours après l'épisode.
- **Insuffisance rénale chronique terminale** : insuffisance rénale chronique terminale nécessitant un traitement par hémodialyse ou une greffe rénale.
- **Option Santé** : recouvre les quatre garanties suivantes : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité, Maladies Redoutées, Handicap, présentées ci-après.
- **Option Travail** : recouvre les deux garanties suivantes : Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITTT) et perte d'emploi, présentées ci-après.
- **Option Coups durs** : recouvre les trois garanties suivantes : Accident panne mobilité, Panne électroménager, Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie, présentées ci-après.
- **Panne (Appareil ménager)** : dysfonctionnement des fonctionnalités principales de l'Appareil, empêchant l'usage normal de celui-ci au sens des normes du constructeur/fabricant, et ayant pour origine un phénomène électrique, électronique, électromécanique ou mécanique interne à l'Appareil, ou relevant de l'usure de l'Appareil.
- **Panne (Véhicule)** : dommage nuisant au bon fonctionnement du Véhicule et ayant pour origine un phénomène interne au Véhicule d'ordre mécanique, électrique, électronique ou hydraulique.
- **Perte d'emploi** : licenciement de l'Assuré pour lequel il perçoit une indemnisation de la part de France Travail ou autres organismes français assimilés. Le licenciement pour faute grave et le licenciement pour faute lourde ne sont pas pris en charge.
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : état de l'Assuré consécutif à un Accident ou une Maladie le plaçant dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour exécuter les actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer), et ce, toute sa vie durant (cet état correspond à l'invalidité de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tout autre organisme français assimilé).
- **Souscription à distance** : désigne la souscription du présent contrat d'assurance réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance avec signature électronique.
- **Véhicule** : tout véhicule dont l'Assuré est propriétaire ou locataire, permettant à l'Assuré, ainsi qu'à son conjoint et/ou leurs enfants, selon l'option choisie, de se déplacer :
 - Véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues,
 - Trottinette électrique,
 - Vélo à assistance électrique ;
 Et répondant aux critères suivants :
 - Dont l'entretien a été réalisé conformément aux prescriptions du constructeur/fabricant ;
 - Dont les contrôles techniques obligatoires sont à jour ;
 - Utilisé pour un usage personnel et non professionnel ;
 - Etant âgé de moins de 20 ans (date anniversaire) :
 - Date de mise en circulation figurant sur la carte grise pour les véhicules terrestres à moteur,
 - Ou date figurant sur la facture d'achat pour les trottinettes électriques ou vélos à assistance électrique.

I - OBJET DU CONTRAT

Le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire, selon la ou les options ci-dessous choisies par le Souscripteur, en cas de coups durs affectant :

- La santé de l'Assuré : au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité, Maladies redoutées, Handicap (Option Santé) ;
- La situation professionnelle de l'Assuré : Incapacité Temporaire Totale de Travail, Perte d'emploi (Option Travail) ; les Enfants ne sont pas couverts par l'option Travail ;

- Le quotidien de l'Assuré : Accident et panne mobilité, Panne électroménager, Frais chirurgicaux et hospitalisation de l'Animal de compagnie (Option Coups Durs) ; lorsque ces événements surviennent postérieurement à la date de souscription du contrat et du Délai de carence visé à l'article IV-4.

Un seul contrat Garantie Budget Sérénité peut être souscrit par Foyer. En cas de détention de plusieurs contrats Garantie Budget Sérénité au sein d'un même Foyer, tout sinistre affectant les membres de ce Foyer ne sera pris en charge qu'au titre d'un seul et même contrat Garantie Budget Sérénité.

II - LES GARANTIES DU CONTRAT

Les garanties acquises à l'Assuré figurent dans les Conditions Particulières, et le cas échéant dans les avenants au contrat.

II-1. Option Santé

Les garanties sont acquises dans la limite d'un sinistre option Santé par Assuré et par contrat (y compris dans sa reconduction): le droit à garantie au titre de cette option s'éteint pour un Assuré dès lors qu'une des quatre garanties de l'option Santé a été mise en œuvre.

II-1.1 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenue postérieurement au délai de carence ci-dessous le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'un capital de 5 000 €.

Toute Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenue au cours des 90 premiers jours suivant la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

II-1.2 Invalidité

En cas d'Invalidité de l'Assuré survenue postérieurement au délai de carence ci-dessous, le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au

Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'un capital de 5 000 €.

Toute Invalidité de l'Assuré reconnue durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

II-1.3 Maladies redoutées

En cas de pathologie de l'Assuré survenue postérieurement au délai de carence ci-dessous, et figurant dans la liste des Maladies redoutées définies dans la partie « Lexique », le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'un capital de 5 000 €.

Toute Maladie Redoutée de l'Assuré diagnostiquée durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

II-1.4 Handicap

En cas de reconnaissance du Handicap de l'Assuré survenue postérieurement au délai de carence ci-dessous, le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'un capital de 5 000 €.

Tout Handicap de l'Assuré constaté durant les 90 premiers jours suivant

la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

II-2. Option Travail

II-2.1 Incapacité Temporaire Totale de Travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'Assuré majeur, le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'une indemnité mensuelle de 300 €.

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit au jour de la survenance du sinistre exercer une activité professionnelle rémunérée ou percevoir des allocations chômage versées par France Travail ou tout autre organisme français assimilé.

Le versement de la prestation d'assurance débute postérieurement au délai de franchise de 30 jours, c'est-à-dire à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu, et ce pendant une durée qui n'excède pas 6 mois.

En cas de rechute de maladie ou d'accident, constatée médicalement, survenue après une période de reprise d'activité professionnelle supérieure à 60 jours, celle-ci sera considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, il sera à nouveau fait application de la franchise de 30 jours.

Pour les Assurés membres de la fonction publique et pour les Assurés travailleurs non-salariés au jour de la survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, le montant de l'indemnité mensuelle est doublé.

La prestation d'assurance cesse d'être versée pour un Assuré :

- A la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- Au-delà de 6 mois de versement, consécutifs ou non, au titre d'un même sinistre ;
- Au jour de son départ en retraite professionnelle ou de sa cessation définitive d'activité ;
- Au jour de son 67^{ème} anniversaire.

II-2.2 Perte d'emploi

En cas de Perte d'emploi de l'Assuré majeur, le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'une rente mensuelle de 300 €.

Le versement de la prestation d'assurance débute postérieurement au délai de franchise de 30 jours, c'est-à-dire à partir du 31^{ème} jour continu de chômage décompté à partir de la première date de versement des allocations par France Travail ou tout autre organisme français assimilé, sous réserve que l'Assuré perçoive une indemnisation de leur part.

Pour bénéficier à nouveau de la garantie Perte d'emploi, l'Assuré devra justifier d'une reprise d'activité d'au moins 6 mois consécutifs, et ce postérieurement à la date de dernier versement de la prestation due au titre de cette même garantie.

Tout licenciement (date d'envoi de la lettre de licenciement faisant foi) notifié à l'Assuré durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

La prestation d'assurance cesse d'être versée pour un Assuré :

- A la date de reprise d'une activité professionnelle supérieure à 15 jours et/ou lors de l'arrêt du versement des allocations de France Travail ou de tout autre

organisme français assimilé ;

- Au-delà de 6 mois de versement, consécutifs ou non, au titre d'un même sinistre ;
- Au jour de son départ en retraite professionnelle ou de sa cessation définitive d'activité ;
- Au jour de son 67^{ème} anniversaire.

II-3. Option Coups durs

L'Option Coups durs peut être souscrite en complément de l'une ou l'autre des options Santé et Travail.

Les garanties sont acquises dans la limite d'un sinistre option Coups Durs par année de cotisation : le droit à garantie s'éteint dès lors qu'une des trois garanties de l'option Coups Durs a été mise en œuvre sur une année de cotisation. Ce droit se reconstitue à l'échéance annuelle suivante.

II-3.1 Accident et panne mobilité

En cas d'Indisponibilité du Véhicule de l'Assuré survenue postérieurement au délai de carence ci-dessous, le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une indemnité forfaitaire de 300 € par sinistre.

La garantie est limitée à 1 sinistre par année de cotisation.

Tout sinistre ayant lieu durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

II-3.2 Panne électroménager

En cas de Panne de l'Appareil ménager de l'Assuré survenant après la date d'expiration de la garantie constructeur et/ou distributeur (période d'extension de garantie comprise), et après le délai de carence ci-dessous le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une indemnité forfaitaire de 300 € par sinistre.

La garantie est limitée à 1 sinistre par année de cotisation.

Tout sinistre ayant lieu durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

II-3.3 Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie

En cas de dépenses de l'Assuré survenues postérieurement au délai de carence ci-dessous, directement liées à des Frais relatifs à un acte chirurgical ou une hospitalisation de l'Animal de compagnie suite à un Accident ou une Maladie, le contrat Garantie Budget Sérénité prévoit le versement au Souscripteur d'une indemnité forfaitaire de 300 € par sinistre.

La garantie est limitée à 1 sinistre par année de cotisation.

Tout sinistre ayant lieu durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription ne donne jamais lieu à prise en charge de la part de l'Assureur.

II-4. Bénéficiaire des garanties

Les prestations sont systématiquement versées au Souscripteur, sur un compte bancaire domicilié en France.

II-5. Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent quel que soit le lieu de survenance du fait générateur. Le paiement des prestations s'effectuera en France et en euros.

III - LES EXCLUSIONS DU CONTRAT

III-1. Exclusions communes à toutes les garanties

Les événements suivants y compris leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- Les sinistres survenus avant la souscription du contrat ;
- Les sinistres survenus pendant le délai de carence du contrat ;
- Les sinistres dus à la faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré ;
- Les tentatives de suicide et les mutilations ;
- Les accidents ou maladies résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de médicaments non prescrits médicalement ou utilisés à doses ne respectant pas la prescription médicale ;
- Les accidents résultant de l'état d'ébriété de l'Assuré lorsque le taux d'alcool sanguin est égal ou supérieur au taux d'alcoolémie prévu par la législation française en

vigueur au jour du sinistre ;

- Les accidents survenus au cours des dix années précédant la date de demande de souscription de l'Assuré ;
- Les accidents résultant d'actes de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, de rixes, de crimes, de délits, de mouvements populaires, d'attentats, d'actes de sabotage ou d'actes de terrorisme ;
La garantie reste acquise :
 - en cas de légitime défense ;
 - en cas d'assistance à personne en danger ;
 - si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements ;
 - pour les gendarmes, les militaires, les policiers et les personnels civils de la défense, dans l'exercice de leurs missions ;
- Les accidents résultant de la pratique d'activités aériennes

- à l'occasion de compétitions, démonstrations, exhibitions, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, défis, paris, ou tentatives de record ;
- Les accidents résultant de la pratique de sports nécessitant l'usage de véhicules terrestres à moteur à l'occasion de compétitions, démonstrations, exhibitions, raids, défis, paris ou tentatives de record ;
- Les effets directs ou indirects de l'explosion ou de la fission du noyau d'un atome ou des radiations ionisantes.

III-2. Exclusions relatives à l'option Santé

III-2.1 Exclusions relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Les suites, conséquences, complications et récurrences des accidents ou maladies antérieurs à la souscription.

III-2.2 Exclusions relatives à l'Invalidité

- Les suites, conséquences, complications et récurrences des accidents ou maladies antérieurs à la souscription ;
- La reconnaissance en invalidité de 1ère catégorie de la Sécurité Sociale ou autre organisme français assimilé ;
- La reconnaissance en incapacité de la MDPH ;
- Les affections psychiatriques d'origine psychotique ;
- Les affections psychiatriques d'origine névrotique ;
- Les troubles dépressifs ;
- Les troubles anxieux ;
- Le burn-out ;
- Le bore-out ;
- Les troubles de l'adaptation ;
- Les troubles bipolaires ;
- Les troubles de la conduite alimentaire ;
- Les affections ostéo-articulaires ou péri-articulaires du rachis d'origine dégénérative ;
- Les affections ostéo-articulaires ou péri-articulaires du rachis d'origine inflammatoire ;
- L'arthrose rachidienne ;
- Les hernies discales ;
- Les radiculalgies ;
- La sciatique ;
- La cruralgie ;
- La névralgie cervico brachiale ;
- Les tassements vertébraux ;
- Les spondylarthropathies ;
- Les troubles de la statique rachidienne ;
- La scoliose ;
- La lordose ;
- La cyphose ;
- La fibromyalgie ou le syndrome polyalgique idiopathique diffus ;
- Le syndrome de fatigue chronique ou encéphalomyélite myalgique ;
- Le COVID long, entendu comme le fait de ressentir des symptômes prolongés de la COVID-19 au-delà de 3 mois après l'épisode aigu.

III-2.3 Exclusions relatives aux Maladies redoutées

- Au titre des Affections cancéreuses :
 - Les tumeurs classées histologiquement comme :
 - Bénignes ;
 - Pré cancéreuses ;
 - Tumeurs non invasives ;
 - Tumeurs « in situ » ;
 - Tumeurs de la peau (à l'exception du mélanome malin

classé pT2N0M* ou plus avec un indice de Clark de niveau III ou indice de Breslow > à 0,75 mm d'épaisseur) ;

- Les suites, conséquences, complications et récurrences des affections cancéreuses, des lymphomes, des leucémies, des myélomes, diagnostiqués avant la souscription.
- Au titre de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) :
 - Accident ischémique transitoire (AIT) ;
 - AVC constitué(s) sans séquelles persistantes au 30^{ème} jour suivant l'épisode ;
 - Les hémorragies secondaires dues à une malformation artério-veineuse cérébrale pré-existante et connue à la date de souscription du contrat ;
 - Les suites, conséquences, complications et récurrences d'AVC diagnostiqué(s) avant la souscription.
- Au titre de l'Infarctus du myocarde (IDM) :
 - Angor ou angine de poitrine ;
 - Infarctus du myocarde sans séquelles au 30^{ème} jour suivant l'épisode ;
 - Les suites, conséquences, complications et récurrences d'infarctus du myocarde diagnostiqué(s) avant la souscription.
- Au titre de l'Insuffisance rénale chronique terminale :
 - Insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une pathologie diabétique qui a été diagnostiquée avant la souscription du contrat.

III-2.4 Exclusions relatives au Handicap

- Les suites, conséquences, complications et récurrences des accidents ou maladies antérieurs à la souscription ;
- Les inactifs avec une reconnaissance d'incapacité selon la MDPH dont le taux est compris entre 50% et 79% ;
- La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
- La carte inclusion mobilité de la MDPH ;
- La reconnaissance d'incapacité selon la MDPH dont le taux est inférieur à 50% ;
- La presbycousie ;
- La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ;
- Les affections psychiatriques d'origine psychotique ;
- Les affections psychiatriques d'origine névrotique ;
- Les troubles dépressifs ;
- Les troubles anxieux ;
- Le burn-out ;
- Le bore-out ;
- Les troubles de l'adaptation ;
- Les troubles bipolaires ;
- Les troubles de la conduite alimentaire ;
- Les affections ostéo-articulaires ou péri-articulaires du rachis d'origine dégénérative ;
- Les affections ostéo-articulaires ou péri-articulaires du rachis d'origine inflammatoire ;
- L'arthrose rachidienne ;
- Les hernies discales ;
- Les radiculalgies ;
- La sciatique ;
- La cruralgie ;
- La névralgie cervico brachiale ;
- Les tassements vertébraux ;
- Les spondylarthropathies ;
- Les troubles de la statique rachidienne ;
- La scoliose ;
- La lordose ;

- La cyphose ;
- La fibromyalgie ou le syndrome polyalgique idiopathique diffus ;
- Le syndrome de fatigue chronique ou encéphalomyélite myalgique ;
- Le COVID long, entendu comme le fait de ressentir des symptômes prolongés de la COVID-19 au-delà de 3 mois après l'épisode aigu.

III-3. Exclusions relatives à l'option Travail

III-3.1 Exclusions relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail

Les affections suivantes, y compris leurs suites, leurs conséquences, rechutes et récurrences dès lors qu'elles ont été diagnostiquées ou traitées au cours des dix années précédant la date de demande de souscription au contrat de l'assuré :

- Le diabète insulino-dépendant (type I) y compris ses complications ;
- Les démences neuro dégénératives ou vasculaires ;
- La maladie d'Alzheimer ;
- La sclérose latérale amyotrophique ;
- La sclérose en plaque ;
- La maladie de Parkinson ;
- Les affections des artères coronaires et des artères périphériques ;
- Les affections des valves cardiaques et de l'aorte ;
- La fibromyalgie ou le syndrome polyalgique idiopathique diffus ;
- Le syndrome de fatigue chronique ou encéphalomyélite myalgique ;
- Le COVID long, entendu comme le fait de ressentir des symptômes de la COVID-19 au-delà de 3 mois après l'épisode aigu ;
- Les pathologies cancéreuses ;
- Les leucémies ;
- Les lymphomes ;
- Les myélomes ;
- Les affections psychiatriques d'origine psychotique ;
- Les affections psychiatriques d'origine névrotique ;
- Les troubles dépressifs ;
- Les troubles anxieux ;
- Le burn-out ;
- Le bore-out ;
- Les troubles de l'adaptation ;
- Les troubles bipolaires ;
- Les troubles de la conduite alimentaire ;
- Les affections ostéo-articulaires ou péri-articulaires du rachis d'origine dégénérative ;
- Les affections ostéo-articulaires ou péri-articulaires du rachis d'origine inflammatoire ;
- L'arthrose rachidienne ;
- Les hernies discales ;
- Les radiculalgies ;
- La sciatique ;
- La cruralgie ;
- La névralgie cervico brachiale ;
- Les tassements vertébraux ;
- Les spondylarthropathies ;
- Les troubles de la statique rachidienne ;
- La scoliose ;
- La lordose ;

- La cyphose ;
- Les affections consécutives à l'état d'alcoolisme chronique.

III-3.2 Exclusions relatives à la Perte d'Emploi

- Le chômage consécutif à un licenciement notifié à l'Assuré avant ou durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription ;
- Le chômage non indemnisé par France Travail ou autre organisme français assimilé ;
- Le licenciement pour faute grave ou lourde ;
- La Perte d'emploi en cours ou en fin de période d'essai ;
- La mise en retraite anticipée ou en préretraite ;
- Le chômage suite à démission ou abandon de poste par l'Assuré ;
- Le chômage à l'issue ou en cours d'un CDD sauf lorsque ce contrat interrompt une période de chômage garanti par l'assureur ;
- Le chômage saisonnier ou partiel ;
- L'interruption d'activité au titre d'un congé de conversion ;
- Le chômage consécutif au licenciement d'un Assuré salarié, de son conjoint, ascendant, descendant, collatéral, ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ;
- La cessation d'activité résultant d'un accord entre l'Assuré et son employeur, dit départ négocié ;
- Les ruptures conventionnelles au sens des articles L1237-11 et suivants du Code du Travail ;
- Chômage donnant lieu à des allocations de fin de droit, c'est-à-dire non calculées en fonction du salaire d'activité ou allocations spéciales d'aide publique ;
- Périodes de formation professionnelle si l'Assuré perçoit des allocations de formation.

III-4. Exclusions relatives à l'option Coups durs

III-4.1 Exclusions relatives à l'Accident et panne mobilité

- Les véhicules non immatriculés en France ;
- Les véhicules de 20 ans et plus ;
- Les véhicules utilisés à des fins professionnelles ;
- Les véhicules utilisés pour le transport de voyageurs à titre onéreux ou le transport de marchandises ;
- Les véhicules utilisés pour l'enseignement de la conduite ;
- Les sinistres occasionnés par un conducteur ne disposant pas d'un permis de conduire automobile ou moto en cours de validité ;
- Les sinistres survenus alors que le conducteur du véhicule se trouve en état d'ébriété, c'est-à-dire lorsque le taux d'alcool sanguin est égal ou supérieur au taux d'alcoolémie prévu par la législation française en vigueur au jour du sinistre, ou sous l'emprise de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Les sinistres découlant d'une faute inexcusable commise par l'Assuré ;
- Les sinistres occasionnés lorsque le véhicule est utilisé au titre d'épreuves sportives, courses, compétitions ou leur essais, soumis à autorisation des pouvoirs publics ;
- Les pannes et leurs conséquences couvertes au titre de la garantie légale ou conventionnelle du constructeur ;
- Les Pannes résultant de la modification des caractéristiques d'origine du véhicule ;
- Les opérations d'entretien, de mise au point ou de réglage du véhicule ;
- La réparation ou le remplacement des pièces d'usure suivantes : pneumatiques, enjoliveurs, jantes, batteries,

- disques, plaquettes, garnitures, tambours ;
- Les dommages d'ordre esthétique ne nuisant pas au bon fonctionnement du véhicule dans des conditions normales d'utilisation et de sécurité : éraflures, rayures, écaillures, taches, oxydations, corrosions, rouilles, traces de frottement, bosses, ou enfoncements ;
- Les vélos à assistance électrique et trottinettes électriques achetés d'occasion ;
- Les dommages résultant du non-respect des instructions d'utilisation et d'entretien figurant dans la notice du constructeur ou fabricant ;
- Les vélos à assistance électrique et trottinettes électriques non identifiés par un numéro de série ;
- Les dommages résultant d'un acte de vandalisme ;
- Les dommages occasionnés par les émeutes ou les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées ;
- Le vol des véhicules.

III-4.2 Exclusions relatives à la Panne électroménager

- Les pannes survenues durant la garantie légale ou conventionnelle du constructeur ou du distributeur de l'appareil ;
- Les appareils ménagers de 10 ans et plus ;
- Les appareils ménagers achetés d'occasion ;
- Les appareils ménagers pour lesquels la facture d'achat ne peut pas être présentée ;
- Les pannes résultant de la modification des caractéristiques d'origine de l'appareil ménager ;
- L'utilisation de l'appareil ménager non conforme aux instructions de la notice d'utilisation et d'entretien du constructeur ;
- L'usage de l'Appareil ménager dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- Les dysfonctionnements des fonctionnalités mineures de l'appareil ménager n'empêchant pas l'usage normal de celui-ci ;
- Les dommages d'ordre esthétique ne nuisant pas au bon fonctionnement de l'appareil ménager : éraflures, rayures, écaillures, taches, traces de frottement, bosses, ou enfoncements ;
- Les Pannes liées à la sécheresse externe, à l'oxydation, à la présence de poussières, ou à un excès de température externe ;
- Les consommables et pièces d'usure définis comme tels dans le livret d'entretien du constructeur de l'appareil ménager tels que: joints, filtres, paniers de lave-vaisselle, accessoires de four, chapeaux de brûleur, ampoules, lampes, filtres, fusibles, télécommandes, courroies, tuyaux de vidange, flexibles ;
- Les denrées alimentaires, boissons, textiles, ingrédients, contenus ou posés dans ou sur l'appareil ménager et qui ont été endommagés pendant ou suite à la Panne.

III-4.3 Exclusions relatives aux Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie

- Les chiens ou chats âgés de moins de 3 mois à la souscription du contrat ;
- Les chiens ou chats âgés de plus de 10 ans à la souscription

- du contrat ;
- Les chiens de 1^{ère} catégorie tels que définis à l'article L211-12 du code rural et de la pêche maritime ;
- Les chiens ou chats faisant partie d'un élevage au sens de l'article L. 214-6, III du Code rural et de la pêche maritime ;
- Les chiens faisant partie d'une meute, c'est-à-dire un ensemble de chiens dressés pour la chasse à courre ;
- Les chiens ou chats faisant l'objet d'une activité commerciale ;
- Les chiens ou chats utilisés à des fins professionnelles ;
- Les chiens ou chats n'étant pas la propriété d'une personne physique ou morale ;
- Tout médicament prescrit sans rapport avec la pathologie déclarée ;
- Toute intervention qui n'est pas effectuée par un vétérinaire régulièrement inscrit à l'Ordre des Vétérinaires ;
- Les frais de vaccination ;
- Les frais d'identification de l'animal (le tatouage, la pose de puce électronique) ;
- Les interventions chirurgicales destinées à atténuer ou à supprimer des défauts physiques de l'Animal ;
- Les frais exposés par les maladies qui auraient pu être évitées si les vaccins usuels, obligatoires ou fortement recommandés par les vétérinaires, avaient été faits :
 - pour les chats : typhus, coryza, leucose, rage ;
 - et pour les chiens : hépatite canine ou hépatite de Rubarth, gastro-entérite virale, maladie de Carré, parvovirose, leptospirose, rage.
- Les visites de confort, de prévention et d'évaluation comportementale ainsi que tous les frais de traitement liés à ces visites: les frais d'alimentation même diététique, thérapeutique ou les compléments alimentaires ; les frais d'achat de produits cosmétiques, d'entretien ou d'hygiène ;
- Les frais exposés pour toute anomalie constitutionnelle, pathologie congénitale et/ou héréditaire dont le Souscripteur connaissait l'existence à la date de souscription ainsi que leurs conséquences ;
- Les frais exposés :
 - en vue de la gestation : insémination artificielle ;
 - lors de la gestation et ses conséquences : l'avortement et ses conséquences, l'allaitement ;
 - les frais de mise bas et les césariennes qui ne sont pas occasionnées par un accident ;
- Les frais de contraception ;
- Les frais exposés pour toute stérilisation (ovariectomie ou castration) ;
- Les frais de kinésithérapie et d'ostéopathie ;
- Les frais d'euthanasie, d'autopsie, d'incinération ;
- Les frais exposés à la suite d'un accident ou d'une maladie occasionnés par des faits de guerre (civile ou étrangère) et des émeutes et mouvements populaires ;
- Les frais exposés à la suite de combats de chiens organisés et des mauvais traitements ou un manque de soins imputables au maître, aux personnes ayant la garde de l'animal ou aux personnes vivant sous son toit ;
- Les blessures dans le cadre de compétitions sportives et leurs entraînements.

IV - LA VIE DU CONTRAT

IV-1. Modes de souscription

Le client peut souscrire le contrat selon les modalités proposées et mises à sa disposition par le Courtier Distributeur en signant, par un procédé de signature électronique, le support de souscription du Contrat.

La communication des informations précontractuelles et contractuelles est réalisée sous format dématérialisé.

IV-2. Convention sur la preuve

Les parties conviennent qu'en cas de Souscription à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par le Souscripteur et lui seront opposables ainsi qu'aux Assurés, et pourront être admis comme preuves de son identité (ou de celle de l'Assuré) et de son consentement relatif à la souscription du présent contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

IV-3. Prise d'effet du contrat

La souscription à l'assurance se fait lorsque le Souscripteur, ayant reçu et pris connaissance des Conditions Générales d'Assurance, d'une part, et ayant vérifié que lui et les Assurés satisfont aux conditions d'éligibilité, d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance. Le contrat est conclu et prend effet dès l'expression du consentement du Souscripteur au moyen de la procédure de souscription par signature électronique proposée par le Courtier Distributeur. A réception de ce consentement, l'Assureur émettra des Conditions Particulières valant certificat d'assurance.

La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières.

IV-4. Prise d'effet des garanties

La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail prend effet à la conclusion du contrat.

Les autres garanties prennent effet à l'expiration d'un Délai de carence.

Délai de carence

Les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité, Maladies redoutées, Handicap, Perte d'emploi, Accident et panne mobilité, Panne électroménager et Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie prennent effet à l'expiration d'un délai de 90 jours à compter de la conclusion du contrat.

Aucun sinistre relatif à ces garanties, survenu ou constaté durant le délai de carence, ni même ses suites ou conséquences, ne pourra donner lieu à une prise en charge de la part de l'Assureur.

IV-5. Durée du contrat

Sauf disposition contraire indiquée aux Conditions Particulières, le contrat est conclu pour une durée initiale allant de sa date d'effet au 31 décembre de l'année de souscription. Il se renouvellera ensuite par tacite reconduction, d'année civile en année civile, à chaque échéance du 1er janvier, sans intervention de la part du Souscripteur.

IV-6. Cessation du contrat

Le contrat Garantie Budget Sérénité prend fin :

- Au décès du Souscripteur ;
- En cas de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article « Résiliation » ;
- En cas de renonciation du Souscripteur.

IV-7. Résiliation

• **Résiliation du contrat par le Souscripteur :**

- Le Souscripteur dispose du droit de résilier son contrat à tout moment soit :
- par lettre simple ou par lettre recommandée adressée à :

CREDIT AGRICOLE ASSURANCES

SERVICE DE GESTION CACF - EDA

TSA 41111- 59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX

(le cachet de La Poste faisant foi) ou toute autre notification sur support durable,

- par téléphone au **0 800 80 44 10 (numéro non surtaxé, appel gratuit depuis un poste fixe)** du lundi au vendredi de 9h à 18h,
- par déclaration faite au siège social de l'Assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- en ligne via le formulaire de résiliation accessible depuis le site internet de l'Assureur ou celui du Distributeur.

Dans tous les cas, la résiliation prendra effet le 5 du mois qui suit la dernière échéance payée.

• **Résiliation du contrat par l'Assureur :**

- à l'échéance du 31 décembre de chaque année suivant la date de souscription du contrat après une première période de 12 mois, moyennant le respect d'un préavis de deux mois et par lettre recommandée ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article L113-3 du Code des assurances ;
- **en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription ou en cours de contrat notamment à la déclaration de sinistre.**

• **Résiliation du contrat de plein droit :**

En cas de souscription de l'option Santé uniquement :

- à l'échéance qui suit le 80^{ème} anniversaire du Souscripteur ;
- à l'échéance qui suit le versement de la prestation forfaitaire, en cas de sinistre pris en charge et de consommation des droits à garantie par tous les Assurés du Foyer au titre de l'option Santé.

En cas de souscription de l'option Travail uniquement :

- à l'échéance qui suit le 67^{ème} anniversaire du Souscripteur ;
- à l'échéance qui suit le départ en retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité du Souscripteur.

En cas de souscription des options Santé et Travail :

- au plus tard à l'échéance qui suit le 80^{ème} anniversaire du Souscripteur.

IV-8. Cessation des garanties

IV-8.1 Option Santé

Les garanties de l'Option Santé cessent pour un Assuré, dans les cas suivants :

	Option Santé			
	PTIA	Invalidité	Maladies redoutées	Handicap
Après le versement de la prestation forfaitaire au titre d'un sinistre :	X	X	X	X
A l'atteinte par l'Assuré de l'âge limite de garantie :				
67 ans		X		
80 ans	X		X	X
En cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité de l'Assuré* :		X		
A la date de cessation du contrat, qu'elle qu'en soit la cause :	X	X	X	X

*L'Assuré doit informer l'Assureur de son changement de situation par lettre simple ou lettre recommandée à l'adresse figurant à l'article IV-10.

IV-8.2 Option Travail

Les garanties de l'Option Travail cessent, dans les cas suivants :

	Option Travail	
	ITTT	Perte d'emploi
A l'atteinte par l'Assuré de l'âge limite de garantie : 67 ans	X	X
En cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité de l'Assuré* :	X	X
A la date de cessation du contrat, qu'elle qu'en soit la cause :	X	X

*L'Assuré doit informer l'Assureur de son changement de situation par lettre simple ou lettre recommandée à l'adresse figurant à l'article IV-10.

IV-8.3 Option Coups durs

Les garanties de l'Option Coups durs cessent, dans les cas suivants :

	Option Coups durs		
	Accident panne mobilité	Panne électroménager	Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie
A la date de cessation du contrat, qu'elle qu'en soit la cause :	X	X	X

*L'Assuré doit informer l'Assureur de son changement de situation par lettre simple ou lettre recommandée à l'adresse figurant à l'article IV-10.

IV-9. Renonciation au contrat

Le Souscripteur, qu'il ait fait l'objet de démarchage ou non, dispose d'une faculté de renonciation de 30 jours à compter de la date de conclusion du contrat (ou de réception des Conditions Générales valant Notice d'Information si celle-ci est postérieure), période pendant laquelle le (les) Assuré(s) bénéficie(nt) néanmoins gratuitement des garanties du présent contrat.

Pour renoncer au contrat, le Souscripteur devra adresser à l'Assureur (à l'adresse mentionnée dans l'encadré ci-après) une Lettre Recommandée avec Accusé Réception rédigée selon le modèle suivant : « Madame, Monsieur, je, soussigné(e), (Nom, Prénom) vous informe par la présente de mon souhait de renoncer au contrat Garantie Budget Sérénité n°XXX, souscrit le XX/XX/XXXX. Date. Signature ».

Les garanties prendront alors rétroactivement fin à l'égard de tous les Assurés dès réception de la lettre et le Souscripteur sera alors remboursé de l'intégralité des cotisations éventuellement réglées, le Souscripteur restant redevable des éventuelles prestations déjà versées par l'Assureur.

IV-10. Modification du contrat

Le Souscripteur a la possibilité, pendant toute la durée du contrat, de modifier la ou les formules choisies lors de la souscription de son contrat en fonction de l'évolution de sa situation personnelle.

Toute demande de modification du contrat ou notification de changement de situation personnelle devra être transmise à l'Assureur, par lettre simple ou lettre recommandée à l'adresse suivante :

CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES
SERVICE DE GESTION CACF - EDA
TSA 41111
59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX

IV-11. Cotisation

IV-11.1 Montant de la cotisation

Le montant des cotisations est calculé en fonction :

- De la Formule choisie (nombre d'Assurés) ;
 - De l'option ou des options souscrites ;
- Le montant des cotisations à la date d'effet du contrat est indiqué dans les Conditions Particulières du contrat. **Le montant des cotisations inclut les taxes applicables et peut varier du fait de leur évolution.**
- Par la suite, il n'évolue pas en fonction de l'âge des Assurés.
- Le montant des cotisations pourra néanmoins être réajusté par l'Assureur. Dans ce cas, ce réajustement sera proposé au Souscripteur pour acceptation afin de lui permettre de s'assurer du maintien par l'Assureur de ses garanties à la prochaine échéance anniversaire du contrat. Le montant des cotisations sera alors ajusté à ladite échéance.

IV-11.2 Modes de paiement de la cotisation

Les cotisations d'assurance sont à la charge du Souscripteur.

Les cotisations sont payées par prélèvement automatique mensuel par l'Assureur, à l'expiration du délai de renonciation, sur le compte bancaire dont les références sont portées sur le mandat SEPA joint à la demande de souscription.

IV-11.3 En cas de non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur peut, moyennant préavis de 30 jours par lettre recommandée valant mise en demeure, suspendre la garantie et, 10 jours après la date d'effet de la suspension, résilier le contrat.

La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas le Souscripteur de l'obligation de payer les cotisations à leurs échéances, même si la garantie du contrat n'est plus acquise.

IV-12. Déclaration du Souscripteur

À la souscription, les déclarations du Souscripteur doivent être sincères et conformes à la réalité.

En cours de contrat, le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux. Cette déclaration doit être faite dans les 15 jours à partir du moment où le Souscripteur en a eu connaissance.

Conformément au Code des assurances, toute réticence, omission ou fausse déclaration affectant les Assurés et portant sur les éléments constitutifs du risque, respectivement connus du Souscripteur, selon qu'elle est commise intentionnellement ou non, l'(les) expose aux sanctions prévues par le Code des Assurances, c'est-à-dire la nullité du contrat ou la réduction de la prestation versée par l'Assureur (articles L113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

Pour les obligations du Souscripteur assorties de déchéance, il est rappelé que la déchéance entraîne la privation du bénéfice des garanties en cas de non-respect par le Souscripteur desdites obligations.

En cours de contrat, le Souscripteur doit informer l'Assureur de sa retraite professionnelle ou de sa cessation définitive d'activité, ainsi que de celles du second Assuré, par lettre recommandée à l'adresse mentionnée dans l'encadré à la fin du présent document.

V - EN CAS DE SINISTRE

V-1. Déclarer un sinistre

V-1.1 Option Santé

Les sinistres Option Santé sont à déclarer dans les 6 mois suivant leur survenance aux coordonnées précisées ci-après.

Tout document à caractère médical pourra être envoyé avec la mention «Pli confidentiel» ou «secret médical», directement à l'attention du médecin conseil de l'Assureur à l'adresse suivante :

CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES
A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL
SERVICE MEDICAL CACF
TSA 41111
59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX

V-1.2 Option Travail

Les sinistres Option Travail sont à déclarer dans les 30 jours suivant leur survenance aux coordonnées précisées ci-dessous.

Tout document à caractère médical pourra être envoyé avec la mention «Pli confidentiel» ou «secret médical», directement à l'attention du médecin conseil de l'Assureur à l'adresse suivante :

**CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES
A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL
SERVICE MEDICAL CACF
TSA 41111
59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX**

V-1.3 Option Coups durs

Les Sinistres sont à déclarer dans les 30 jours suivant leur survenance aux coordonnées suivantes :

**CAA - SERVICE ASSURANCE PERSONNE
SERVICE INDEMNISATIONS CACF
TSA 41111
59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX**

V-2. Que faut-il faire pour percevoir les prestations ?

Le règlement de l'indemnisation par l'Assureur interviendra dans les 15 jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives requises ci-après, et l'accord des parties au contrat.

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de demander à l'Assuré de se soumettre à toute expertise médicale nécessaire ou de fournir tout autre document pour apprécier le bien-fondé de la demande de prestation. Le versement éventuel de prestations est subordonné à la réalisation de ces opérations d'expertise. En conséquence, tout refus de l'Assuré de cette expertise entraînera la suspension du versement des prestations jusqu'à la réalisation effective des actes d'expertise.

En cas de fausse déclaration de sinistre : déchéance de garantie :

En cas de sinistre, si le Souscripteur fait intentionnellement de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances, les conséquences du sinistre ou s'il produit des documents falsifiés, la garantie ne lui est pas acquise, et ce pour la totalité du sinistre. Le Souscripteur perd également tout droit à garantie pour la totalité du sinistre si celui-ci est volontairement provoqué.

V-2.1 Option Santé

V-2.1.1 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Pour bénéficier des prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- Le questionnaire médical de déclaration d'invalidité complété par l'Assuré avec l'assistance éventuelle d'un médecin ;
- La copie de la notification d'invalidité de 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou autre organisme français assimilé ou, pour les travailleurs indépendants, la copie de la PITD (pension pour invalidité totale et définitive). La notification doit être en vigueur à la date de l'instruction du sinistre ;
- La copie du dossier médical du médecin conseil de l'organisme social (précisant notamment la date de diagnostic des pathologies en lien avec la reconnaissance en PTIA ou en invalidité de 3^{ème} catégorie) ;
- Une copie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité de l'Assuré ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.1.2 Invalidité

Pour bénéficier des prestations en cas d'Invalidité, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- Le questionnaire médical de déclaration d'invalidité complété par l'Assuré avec l'assistance éventuelle d'un médecin ;
- La copie de la notification d'invalidité de 2^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou autre organisme français assimilé, ou, pour les travailleurs indépendants, la copie de la PITD (pension pour invalidité totale et définitive). La notification doit être en vigueur à la date de l'instruction du sinistre ;
- Une copie du dossier médical du médecin conseil de l'organisme social (précisant notamment la date de diagnostic des pathologies en lien avec l'invalidité) ;
- Une copie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité de l'Assuré ;

- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.1.3 Maladies redoutées

Pour bénéficier des prestations en cas de Maladies redoutées, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

Pour les Affections cancéreuses, leucémies, lymphomes, myélomes :

- Une copie du bilan anatomopathologique initial (hors biopsie) ;
- Une copie du compte-rendu de la RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Pour l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) :

- Une copie du compte-rendu hospitalier initial ;
- Une copie du compte-rendu de consultation neurologique de plus d'un mois après l'épisode initial ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Pour l'Infarctus du myocarde (IDM) :

- Une copie du compte-rendu hospitalier initial ;
- Une copie du compte-rendu de consultation cardiologique de plus d'un mois après l'épisode initial ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Pour l'Insuffisance rénale chronique terminale :

- Une copie des comptes rendus en néphrologie attestant la prise en charge en hémodialyse ou de l'inscription sur la liste nationale des personnes en attente de greffe rénale ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.1.4 Handicap

Pour bénéficier des prestations en cas de Handicap, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- Une copie du dossier médical de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ;
- Une copie de la notification de décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) précisant la reconnaissance du handicap et le taux d'incapacité fixé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ;
- Une copie de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) perçue, une copie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les enfants ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.2 Option Travail

V-2.2.1 Incapacité Temporaire Totale de Travail

Pour bénéficier des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- Le questionnaire médical de déclaration d'incapacité complété par l'Assuré avec l'assistance éventuelle d'un médecin ;
- Un certificat médical précisant la période d'arrêt de travail et la nature de la maladie ou des lésions subies et, s'il y a lieu, les comptes rendus spécialisés et les comptes rendus d'hospitalisation en lien avec la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail ;
- Pour les Assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée dans le secteur privé, ou pour les Assurés percevant des allocations chômage de France Travail ou autre organisme français assimilé: les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou autre organisme français assimilé ;
- Pour les Assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée dans la fonction publique : une attestation de l'employeur relative à leur cessation temporaire d'activité professionnelle ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.2.2 Perte d'emploi

Pour bénéficier des prestations en cas de Perte d'emploi, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- La lettre de licenciement ;
- Le certificat ou contrat de travail de l'emploi occupé à la date du licenciement ;
- L'attestation employeur destinée à France Travail ;
- La lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par l'UNEDIC ou par l'Etat ;

- Les décomptes d'allocations France Travail ou équivalents depuis l'origine ;
- Le Souscripteur devra fournir ensuite chaque mois, les décomptes France Travail ou équivalents ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.3 Option Coups durs

V-2.3.1 Accident et panne mobilité

Pour bénéficier des prestations en cas d'Accident et panne mobilité, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- Pour un véhicule terrestre à moteur : une copie de la carte grise ou une copie du contrat de location au nom du Souscripteur, de son conjoint, ou de leurs enfants ;
- Pour un vélo à assistance électrique ou une trottinette électrique : une copie de la facture d'achat ou du contrat de location au nom du Souscripteur, de son conjoint, ou de leurs enfants ;
- Une copie des contrôles techniques obligatoires et du carnet d'entretien (quand applicables au Véhicule) ;
- Une copie de la facture acquittée des frais de réparation du Véhicule (en cas de réparation du Véhicule) ;
- Une copie d'un rapport d'expert ou une attestation d'irréparabilité émise par un professionnel ;
- Une déclaration des circonstances de l'Accident ou de la Panne ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.3.2 Panne électroménager

Pour bénéficier des prestations en cas de Panne électroménager, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- Une copie de la facture d'achat de l'Appareil établie au nom du Souscripteur, de son conjoint, ou de leurs enfants ;
- Une copie de la facture acquittée des frais de réparation de l'Appareil (en cas

de réparation de l'Appareil) établie au nom du Souscripteur, de son conjoint, ou de leurs enfants ;

- Une attestation de non réparabilité émise par un professionnel, ou à défaut un devis des réparations, ainsi que la facture d'achat de l'appareil de remplacement ;
- Une déclaration des circonstances de la Panne ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-2.3.3 Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie

Pour bénéficier des prestations en cas de Frais chirurgicaux et hospitalisation Animal de compagnie, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur (Liste non limitative) :

- Une copie de la carte d'identification de l'Animal de compagnie attestant l'identité du propriétaire ;
- Une déclaration des circonstances de l'accident ou de la maladie ;
- Les factures acquittées datées des frais relatifs à l'acte chirurgical ou à l'hospitalisation, mentionnant le nom et le numéro d'identification de l'Animal de compagnie ;
- Une copie du carnet de vaccination à jour de l'Animal de compagnie ;
- Une déclaration de non préexistence (par rapport à la date de souscription) de maladie congénitale ou héréditaire, chronique ou récidivante de l'Animal de compagnie ;
- Une copie de la carte d'identité ou passeport de l'Assuré en cours de validité ;
- Son Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

V-3. Déchéance du droit à indemnisation pour déclaration tardive

La déclaration d'un sinistre plus de 6 mois après sa date de survenance sera sanctionnée par la déchéance du droit à indemnisation du Souscripteur, si l'Assureur établit que ce retard lui a causé un préjudice.

VI - DISPOSITIONS DIVERSES

VI-1. Réclamations

Pour toute précision ou pour toute réclamation concernant votre contrat, nous vous remercions d'adresser une réclamation écrite à CREDIT AGRICOLE ASSURANCES - SERVICE RECLAMATION - TSA 82222 - 59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX, auprès duquel vous pouvez solliciter à tout moment un nouvel examen de votre réclamation. Toute réclamation écrite est traitée dans les meilleurs délais, sans excéder dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception et deux (2) mois pour y répondre.

A l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, ou si la réponse à cette dernière ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez alors recourir gratuitement à une procédure de médiation, en vous adressant au Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

ou sur le site internet : <http://www.mediation-assurance.org>.

Ces dispositions s'appliquent sans préjudice des autres voies de recours.

VI-2. Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : 1°) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ; 2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions

du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. La prescription est interrompue par : 1°) une des causes ordinaires d'interruption de la prescription ; 2°) la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ; 3°) 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 (articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances). Les causes ordinaires d'interruption de la prescription (articles 2240 et suivants du Code civil) sont : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice, même en référé ; une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ; l'interpellation visée à l'article 2245 du Code civil.

VI-3. Loi et autorité de contrôle

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régis par la loi française.

Les juridictions françaises sont compétentes pour connaître de toute action relative à l'exécution et/ou à l'interprétation de ce contrat. L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est la Central Bank of Ireland, établie PO Box n° 559, Dublin 1, Irlande.

VI-4. Démarchage (pour rappel)

Article L. 112-9 du Code des assurances alinéa 1^{er} « I. - Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée 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. »

Le délai susvisé est inclus dans le délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article IV-9 des présentes Conditions Générales valant Notice d'information.

VI-5. Vos données personnelles

Vos données à caractère personnel, collectées dans le cadre de la présente souscription au contrat et au cours de son exécution, sont traitées sous le contrôle de CACI NON VIE, responsable de traitement.

Sauf indication contraire, toutes les données collectées sont obligatoires pour la passation de la souscription au contrat.

• Finalités et bases légales des traitements :

Vos données à caractère personnel sont traitées par CACI NON VIE, sur différentes bases légales et pour répondre à plusieurs finalités :

- **Sur la base légale de l'exécution contractuelle** : le traitement de vos données a pour finalité la passation, l'exécution et la gestion de votre souscription au contrat ;

- **Sur la base légale des obligations légales, réglementaires et administratives de CACI NON VIE en vigueur** : le traitement de vos données a notamment pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, les obligations de connaissance client, la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques dont notamment la réalisation des déclarations fiscales obligatoires (le cas échéant: IFU - Imprimé Fiscal Unique, FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, EAI - Echange Automatique d'Information), le respect des sanctions économiques et financières nationales ou internationales (OFAC - Office of Foreign Assets Control) ;

Le traitement de vos données est obligatoire pour l'accomplissement des finalités visées ci-dessus.

- **Sur la base légale des intérêts légitimes de CACI NON VIE** : le traitement de vos données a pour finalité l'élaboration de statistiques et études actuarielles, la lutte contre la fraude, la conduite d'activités de recherche et développement, la gestion du client intra groupe, la mise en place d'actions de prévention, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, **la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciale.**

- **Sur la base légale du consentement de la personne concernée : Avec votre consentement CACI NON VIE traite :**

- . vos données à des fins de prospection commerciale par voie électronique ;
- . vos données de santé à des fins de passation, exécution et gestion de l'adhésion au contrat.

Vos données de santé ne seront communiquées qu'aux services ou prestataires chargés de l'instruction de votre demande d'adhésion et de l'exécution et la gestion de votre souscription au contrat dans le respect de la bulle de confidentialité et du secret médical et seront conservées dans ce même respect.

• Durées de conservation de vos données :

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données à caractère personnel, vos données à caractère personnel seront conservées proportionnellement aux finalités au titre desquelles elles ont été collectées et pour les durées suivantes :

- **Au titre de la passation, l'exécution et la gestion de la souscription au contrat** : ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et des durées relatives aux prescriptions applicables ;

Ainsi une fois la souscription au contrat terminée et la dernière prestation réglée, le délai de conservation est de 10 ans à compter du terme de la souscription au contrat ;

- **Au titre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme** : ces données sont conservées 5 ans à compter de la réalisation de l'opération ;

- **Au titre des obligations de connaissance client, de la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques, du respect des sanctions économiques et financières nationales ou internationales** : ces données sont conservées 5 ans à compter du terme de la souscription au contrat ;

- **Au titre de l'élaboration de statistiques et études actuarielles, la conduite d'activités de recherche et développement, la gestion du client intra groupe, la mise en place d'actions de prévention, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciale** : ces données sont conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées ;

- **Au titre de la lutte contre la fraude** : ces données sont conservées

6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou correspond à la durée de prescription légale applicable en cas de poursuite ;

- **Au titre de la prospection commerciale et en l'absence de conclusion du contrat** : ces données sont conservées 5 ans à compter du dernier contact resté infructueux en cas de collecte de données de santé. Pour les autres cas, la durée de conservation est de 3 ans compter du dernier contact resté infructueux.

• Destinataires de vos données :

Vos données sont destinées à l'intermédiaire en assurance auprès duquel votre souscription au contrat a été réalisée pour satisfaire à son devoir de conseil et pour assurer la délégation de gestion consentie par CACI NON VIE. Vos données pourront alimenter l'outil de conseil mis en place par votre intermédiaire en assurance.

Dans le cadre de leurs missions ou en vertu du droit qui leur est conféré, vos données sont également communiquées :

- aux coassureurs et réassureurs de CACI NON VIE ;
- aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales, réglementaires et administratives de CACI NON VIE ;
- aux sociétés du Groupe Crédit Agricole chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels pour le bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe Crédit Agricole (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) ;
- aux sous-traitants de CACI NON VIE, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-dessous.

Par ailleurs, vos données pourront être partagées avec :

- des instituts d'enquêtes ou de sondages, à des fins statistiques. Ces instituts agissent pour le compte exclusif de CACI NON VIE et des sociétés d'assurance du Groupe Crédit Agricole. Nous soulignons que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vous pouvez par ailleurs exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact.
- les autres entités assurances du Groupe Crédit Agricole, Crédit Agricole Assurances Retraite, PREDICA et Pacifica, dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client, et afin de vous proposer des produits d'assurance adaptés à vos besoins.

• Vos droits sur vos données :

En application de la réglementation en vigueur, vous disposez, sur vos données à caractère personnel, des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- à l'effacement : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat,
- de limitation : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée,
- **d'opposition au traitement de ses données, notamment à des fins de prospection commerciale, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un traitement obligatoire, indispensable à l'exécution du contrat ;**
- **de retrait, à tout moment, de votre consentement au traitement de vos données à des fins de prospection commerciale par voie électronique ou du traitement des données relatives à votre santé avec effet pour le futur.** En cas de sinistre nécessitant le traitement de données de santé, si l'Assuré a retiré son consentement au traitement de ses données de santé, la prestation ne pourra pas être fournie par l'assureur, la garantie n'étant pas acquise à l'Assuré, et ce pour la totalité du sinistre.
- d'un droit à la portabilité qui vous permet de demander le transfert des données à caractère personnel que vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution de votre contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers vous, soit vers un responsable de traitement que vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble de vos droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier simple à : CACI - Délégué à la Protection des Données - 75724

Paris Cedex 15 ou par courrier électronique à donneepersonnelles-caci@ca-assurances.fr.

En cas de désaccord, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

• **Démarchage téléphonique :**

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

VI-6. Sanctions internationales

CACI NON-VIE, en tant que filiale du Groupe Crédit Agricole, respecte toutes les règles relatives aux sanctions internationales, qui sont définies comme les lois, réglementations, règles ou mesures restrictives à caractère obligatoire édictant des sanctions économiques, financières ou commerciales (notamment toutes sanctions ou toutes mesures relatives à un embargo, un gel des fonds et des ressources économiques, à des restrictions pesant sur les transactions avec des individus ou entités ou portant sur des biens ou des territoires déterminés), émises, administrées ou mises en application par le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations-Unies, l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique (incluant notamment les mesures édictées par le Bureau de Contrôle des Actifs Étrangers rattaché au Département du Trésor ou OFAC et du Département d'État), ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions. En conséquence, aucune prestation ne pourra être payée en exécution du contrat d'assurance si ce paiement contrevient aux dispositions sus-indiquées.

VI-7. Informations précontractuelles relatives à la vente à distance

- Les garanties sont assurées par CACI NON VIE
- CACI NON VIE est soumise au contrôle de la Central Bank of Ireland, établie PO Box n° 559, Dublin 1, Irlande.
- L'offre contractuelle est valable pour une durée de 48 heures à compter de l'envoi par mail d'un lien au client lui permettant d'accéder à son dossier de souscription et à un procédé de signature électronique, et le temps du parcours en cas de souscription en autonomie sur le site du distributeur.
- Le montant de cotisation est indiqué dans l'offre contractuelle ou dans le courrier adressé par le Courtier Distributeur.
- La date de conclusion de la souscription et la durée du contrat sont fixées aux

l'articles IV-3 et IV-5 de la présente notice d'information.

- Les garanties proposées sont mentionnées au sein des articles II-1, II-2 et II-3.
- La souscription du contrat s'effectuera selon les modalités décrites à l'article IV-1 de la présente notice d'information.
- Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article IV-11 de la présente notice d'information.
- Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge du Souscripteur. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des connexions Internet ou des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, du Courtier distributeur et ou de leurs délégataires seront supportés par le Souscripteur et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation au Contrat dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont indiquées à l'article IV-9 de la présente notice d'information.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et le Souscripteur sont régies par le droit français. La langue française s'applique pendant la durée du contrat.
- Les modalités d'examen des réclamations au titre des garanties sont explicitées à l'article VI-1.
- Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - article L.423-1 du Code des assurances) et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

Pour toute question relative à votre contrat, n'hésitez pas à nous contacter au numéro suivant :

0 800 80 44 10 Service & appel gratuits

du lundi au vendredi de 9h à 18h.

**Vous souhaitez envoyer un courrier, adressez-le à :
CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES - SERVICE DE GESTION CACF
EDA - TSA 41111 - 59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX.**

CONDITIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE BUDGET SÉRÉNITÉ

BUS - 08/24 CGA

PRÉAMBULE

DH2 - 27/03/24

Les prestations d'assistance décrites dans le présent document (ci-après « la Garantie d'assistance ») sont souscrites par CACI Non-Vie, dont l'établissement principal est situé 16-18, boulevard de Vaugirard, 75015 Paris - RCS Paris 509 690 715, succursale française de CACI Non-Life DAC, Société d'assurance de droit irlandais dont le siège social est situé Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2, Irlande et immatriculée au Companies Registration Office sous le n° 306027, soumise au contrôle de la Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1 Irlande auprès d'Europ Assistance, société anonyme au capital de 61 712 744 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 89 Rue Taitbout - 75009 Paris, pour le compte de ses clients ayant souscrit par l'intermédiaire de CACF un contrat d'assurance « Garantie Budget Sérénité » garanti par CACI Non-Vie (ci-après désigné « le Contrat Garantie Budget Sérénité »).

Dispositions en vigueur à compter du 02 octobre 2024 jusqu'à parution de nouvelles Conditions d'assistance.

TABLEAU DES PRESTATIONS DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE ET MONTANTS DE PRISE EN CHARGE

OPTIONS	PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE
COUPS DURS	Aucune Prestation d'assistance	
SANTÉ	Accompagnement social & psychologique	
	Conseil social	Nombre d'appels illimité
	Soutien psychologique	12 séances maximum par événement
	Services à Domicile & transport	
	Services à Domicile	Dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie
	Transport de personnes	Dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie
TRAVAIL	Accompagnement social & psychologique	
	Conseil social	Nombre d'appels illimité
	Soutien psychologique	12 séances maximum par événement
	Services à Domicile & transport	
	Services à Domicile	Dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie
	Transport de personnes	Dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie
	Accompagnement carrière & retour à l'emploi	
	Bilan d'évaluation et diagnostic professionnel	10 à 11 entretiens Accompagnement individuel
	Élaboration du projet professionnel	
	Mise en œuvre du projet professionnel	

1. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE D'ASSISTANCE

Les définitions figurant dans le lexique du contrat d'assurance « Garantie Budget Sérénité » sont applicables aux présentes conditions d'assistance.

En complément, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule :

Assuré ou « Vous »

Désigne la personne physique dont le Domicile est situé en France, ayant souscrit le contrat d'assurance « Garantie Budget Sérénité » et bénéficiant à ce titre des Prestations d'assistance, décrites ci-après.

Bénéficiaire

Est considéré comme Bénéficiaire l'Assuré, ainsi que les personnes suivantes selon la formule souscrite :

- Formule « Solo » : l'Assuré
- Formule « Solo + Enfants » : l'Assuré et ses Enfants ;
- Formule « Duo » : l'Assuré et son Conjoint ;
- Formule « Duo + Enfants » : l'Assuré, son Conjoint et leurs Enfants.

Conjoint

Désigne, à la date de l'Événement, l'époux/l'épouse, le partenaire de PACS ou le concubin notoire de l'Assuré, vivant habituellement sous le même toit que l'Assuré.

Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition.

Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM)

Désigne la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion, Mayotte.

Enfant(s)

Désigne les enfants de l'Assuré et/ou ceux du Conjoint, âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans (date anniversaire), vivant sous le même toit que l'Assuré et fiscalement à charge de l'Assuré.

EUROP ASSISTANCE ou « Nous »

Désigne EUROP ASSISTANCE, assureur des Prestations d'assistance.

Événement

Désigne toute situation susceptible de mettre en œuvre les prestations prévues dans les Conditions d'assistance.

France

Désigne la France métropolitaine et les DROM.

Membre de la famille

Désigne :

- les Enfants ;
- les petits enfants de l'Assuré ;
- le Conjoint ;
- la sœur ou le frère de l'Assuré, (y compris les enfants du Conjoint d'un ascendant direct de l'Assuré) ;
- la mère ou le père de l'Assuré ;
- la nièce ou le neveu de l'Assuré ;
- le tuteur légal de l'Assuré ;
- ou la personne placée sous la tutelle de l'Assuré et/ou de son Conjoint.

Membres de la famille dépendants

Désigne un Membre de la famille de l'Assuré, nécessitant l'aide au quotidien de ce dernier pour réaliser les actes de la vie courante et vivant habituellement au Domicile de l'Assuré.

Proche

Désigne toute personne Membre de la Famille de l'Assuré ou non, résidant en France. Le Proche pouvant bénéficier de la prestation est désigné par l'Assuré ou un Membre de sa famille au moment de la demande d'assistance.

2. CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE

2.1. Validité et durée

La Garantie d'assistance s'applique pendant la période de validité du Contrat Garantie Budget Sérénité.

Comme les autres garanties, la Garantie d'assistance prend effet à l'issue d'un délai de carence de 90 jours à compter de la souscription du Contrat Garantie Budget Sérénité.

2.2. Conditions d'application

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

2.3. Etendue territoriale

Les prestations de la Garantie d'assistance sont applicables en France.

2.4. Sanctions internationales

EUROP ASSISTANCE ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge aucune prestation et ne fournira aucun service décrit dans le présent document si cela peut l'exposer à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, et/ou la France et/ou l'Union européenne, et/ou le Royaume-Uni et/ou les États-Unis d'Amérique.
Plus d'informations disponibles sur :
<https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are-international-regulatory-information/> (en anglais)
ou : <https://www.europ-assistance.com/fr/who-we-are-international-regulatory-information/> (en français) susceptible d'être mise à jour.

3. MODALITÉS D'INTERVENTION

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tout problème relevant de leurs compétences. Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous Vous recommandons de préparer votre appel.

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s) ;
- l'endroit précis où Vous Vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre ;
- votre numéro de contrat Garantie Budget Sérénité.

Si Vous avez besoin d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone : **0800 58 38 12** (service gratuit, accessible depuis la France et les DROM), **24h/24**
- **Obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense ;**
- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons ;
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le

remboursement est demandé.

Nous Vous demanderons tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (un justificatif de concubinage ou de Pacs, un avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

EUROP ASSISTANCE s'engage à respecter la confidentialité des conversations tenues lors des prestations d'assistance téléphoniques. EUROP ASSISTANCE s'efforce de répondre à tout appel dans les meilleurs délais mais peut être conduite pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. EUROP ASSISTANCE sera alors amenée à vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.
EUROP ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par le Bénéficiaire des informations communiquées.

4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE OPTION SANTÉ

Ces prestations s'adressent à tout Bénéficiaire en situation de Handicap, d'Invalidité, de Maladies redoutées ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, dans les 12 mois maximum suivant le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'un capital par CACI Non-Cie.

4.1. Accompagnement social

Les assistantes sociales d'EUROP ASSISTANCE apportent, par téléphone, une assistance technique au(x) Bénéficiaire(s) qui rencontre(nt) des difficultés d'ordre familial, professionnel, administratif ou budgétaire. Ces assistantes sociales se tiennent à la disposition du Bénéficiaire, sur rendez-vous, pour :

- écouter ;
- analyser la demande ;
- informer 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 et sur les aides auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre ;
- conseiller, faciliter les démarches administratives ;
- analyser la situation financière du Bénéficiaire afin de recenser les démarches à effectuer (ex : assurance maladie, assurances, retraite, impôts) et identifier les aides sociales qui pourraient être sollicitées ;
- aide aux démarches administratives (identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers).

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, EUROP ASSISTANCE pourra orienter le Bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

4.2. Accompagnement psychologique

EUROP ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un service Ecoute et Accueil Psychologique lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

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

dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

A l'issue de cette évaluation, si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue clinicien oriente le Bénéficiaire pour des consultations en face à face, près de son Domicile ou de son lieu de travail, avec un psychologue diplômé d'état choisi par le Bénéficiaire. EUROP ASSISTANCE lui aura communiqué au préalable au moins 3 noms de praticiens.

EUROP ASSISTANCE assure l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien appartient au Bénéficiaire.

Ces consultations sont prises en charge **dans la limite de douze (12) séances en cabinet par Bénéficiaire et par Événement et de 80 € TTC par séance.**

4.3. Services à Domicile

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi ceux proposés ci-après, **dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période de 12 mois consécutifs suivant la période de survenance de l'Évènement.**

• Aide à Domicile : Auxiliaire de vie et aide-ménagère

EUROP ASSISTANCE organise la présence d'une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui pourra aider le Bénéficiaire à garder le Domicile et l'assister dans les domaines suivants : actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilisation, aux déplacements, à l'habillage-déshabillage, dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) ;
- soit par une aide-ménagère, dans la limite des disponibilités locales, qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas) au Domicile du Bénéficiaire.

• Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

EUROP ASSISTANCE organise la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante) pour assurer la garde des

Enfants de moins de 15 ans et les travaux ménagers.

EUROP ASSISTANCE se réserve un délai de 12 heures, comptées à l'intérieur des heures d'ouverture du service d'assistance à Domicile, entre 8h00 et 19h00, du lundi au samedi, afin de rechercher et acheminer le prestataire.

Le coût de chaque service d'aide à Domicile utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe de trois cents (300) euros € TTC susvisée.

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

Lorsque le Bénéficiaire a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin des 12 mois suivant la survenance de l'Évènement garanti, EUROP 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.

4.4. Services de Transport

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi ceux proposés ci-après **dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période de 12 mois consécutifs à compter de la survenance de l'Évènement.**

Pour la compréhension de ce qui suit, on entend par « Transport » tout déplacement non médicalisé s'effectuant en VTC, taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

• Taxi ou VTC

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de taxi ou de VTC (pour toute distance inférieure à 50km).

Cette prestation est non cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche », « Transfert des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants » et « Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans ».

• Transfert d'un Proche

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport aller-retour d'un Proche qui vient garder les Enfants ou les Membres de la famille dépendants au Domicile de l'Assuré.

Cette prestation est non cumulable avec les prestations « Taxi ou VTC », « Transfert des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants » et « Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans ».

• Transfert des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport d'un Proche, pour venir chercher les Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile afin de les conduire chez un Proche. EUROP ASSISTANCE prend en charge le coût du voyage aller/retour des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants ainsi que celui de l'accompagnant.

Cette prestation est non cumulable avec la prestation « Taxi ou VTC », « Transfert d'un Proche » et « Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans ».

• Conduite en taxi à l'école des Enfants

Si aucun Membre de la famille ne peut accompagner le(s) Enfant(s) à l'école, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis leur Domicile.

Le(s) Enfant(s) sera (seront) obligatoirement accompagné(s) d'un adulte désigné par un Membre de la famille.

Les conditions de prise en charge des Enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents / représentants légaux soit donnée à l'établissement scolaire en faveur de la personne missionnée.

Le coût de chaque service de Transport utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe de trois cents (300) euros € TTC susvisée.

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

Lorsque le Bénéficiaire a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin des 12 mois suivant la survenance de l'Évènement garanti, EUROP 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.

5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE OPTION TRAVAIL

Ces prestations s'adressent à l'Assuré ou à son Conjoint selon la formule souscrite, lorsqu'il se retrouve en situation d'Incapacité temporaire totale de travail ou en Perte d'emploi. Ces prestations sont applicables dans les 12 mois maximum suivant le versement au Souscripteur d'une prestation forfaitaire sous forme d'une rente mensuelle par CACI Non-Cie.

Toutefois aucune prestation n'est accordée durant les 90 premiers jours suivant la date de souscription du Contrat Budget Sérénité.

5.1. Accompagnement social

Les assistantes sociales d'EUROP ASSISTANCE apportent, par téléphone, une assistance technique au(x) Bénéficiaire(s) qui rencontre(nt) des difficultés d'ordre familial, professionnel, administratif ou budgétaire. Ces assistantes sociales se tiennent à la disposition du Bénéficiaire, sur rendez-vous, pour :

- écouter ;
- analyser la demande ;
- informer 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 et sur les aides auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre ;
- conseiller, faciliter les démarches administratives ;
- analyser la situation financière du Bénéficiaire afin de recenser les démarches à effectuer (ex : assurance maladie, assurances, retraite, impôts) et identifier les aides sociales qui pourraient être sollicitées ;
- aide aux démarches administratives (identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers).

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, EUROP ASSISTANCE pourra orienter le Bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

5.2. Accompagnement psychologique

EUROP ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un service Ecoute et Accueil Psychologique lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

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

le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

A l'issue de cette évaluation, si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue clinicien oriente le Bénéficiaire pour des consultations en face à face, près de son Domicile ou de son lieu de travail, avec un psychologue diplômé d'état choisi par le Bénéficiaire. EUROP ASSISTANCE lui aura communiqué au préalable au moins 3 noms de praticiens.

EUROP ASSISTANCE assure l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien appartient au Bénéficiaire.

Ces consultations sont prises en charge dans la limite de douze (12) séances en cabinet par Bénéficiaire et par Évènement et de 80 € TTC par séance.

5.3. Services à Domicile

5.3.1. En cas de Perte d'emploi

A la suite d'une convocation pour un entretien professionnel (avec France Travail ou un employeur) ou à une formation qualifiante, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le service proposé ci-après, **dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie :**

• Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

EUROP ASSISTANCE organise la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante) pour assurer la garde des Enfants de moins de 15 ans.

EUROP ASSISTANCE se réserve un délai de 12 heures, comptées à l'intérieur des heures d'ouverture du service d'assistance à domicile, entre 8h00 et 19h00, du lundi au samedi, afin de rechercher et acheminer le prestataire.

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

Lorsque le Bénéficiaire a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin des 12 mois suivant la survenance de l'Évènement garanti, EUROP ASSISTANCE peut, à sa demande :

- organiser le service proposé ;
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans le domaine de service proposé.

Le coût de ce service reste à la charge du Bénéficiaire.

5.3.2. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le service choisi par le Bénéficiaire parmi ceux proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie :

• Aide à Domicile : Auxiliaire de vie et aide-ménagère

EUROP ASSISTANCE organise la présence d'une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui pourra aider le Bénéficiaire à garder le Domicile et l'assister dans les domaines suivants : actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilisation, aux déplacements, à l'habillage-déshabillage, dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),

- soit, par une aide-ménagère, dans la limite des disponibilités locales, qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas.) au Domicile du Bénéficiaire.

• Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

EUROP ASSISTANCE organise la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante) pour assurer la garde des Enfants de moins de 15 ans et les travaux ménagers.

EUROP ASSISTANCE se réserve un délai de 12 heures, comptées à l'intérieur des heures d'ouverture du service d'assistance à domicile, entre 8h00 et 19h00, du lundi au samedi, afin de rechercher et acheminer le prestataire.

Le coût de chaque service d'aide à Domicile utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe de trois cents (300) euros € TTC susvisée.

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

Lorsque le Bénéficiaire a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin des 12 mois suivant la survenance de l'Évènement garanti, EUROP 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.

5.4. Services de Transport

Pour la compréhension de ce qui suit, on entend par « Transport » tout déplacement non médicalisé s'effectuant en VTC, taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

5.4.1. En cas de Perte d'emploi

A la suite d'une convocation pour un entretien professionnel (avec France Travail ou un employeur) ou à une formation qualifiante, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi ceux proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie :

• Taxi ou VTC

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de taxi ou de VTC (pour toute distance inférieure à 50 km).

Cette prestation est non cumulable avec la prestation « Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans ».

• Conduite en taxi à l'école des Enfants

Si aucun Membre de la famille ne peut accompagner le(s) Enfant(s) à l'école, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis leur Domicile.

Le(s) Enfant(s) sera (seront) obligatoirement accompagné(s) d'un adulte désigné par un Membre de la famille.

Les conditions de prise en charge des Enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents / représentants légaux soit donnée à l'établissement scolaire en faveur de la personne missionnée.

Le coût de chaque service de Transport utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe de trois cents (300) euros € TTC susvisée.

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

Lorsque le Bénéficiaire a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin des 12 mois suivant la survenance de l'Évènement garanti, EUROP 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.

5.4.2. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi ceux proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe de 300 € TTC par période annuelle de garantie :

• Taxi ou VTC

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de taxi ou de VTC (pour toute distance inférieure à 50 km).

Cette prestation est non cumulable avec les prestations « Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans », « Transfert d'un Proche » et « Transfert des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants ».

• Transfert d'un Proche

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport aller-retour d'un Proche qui vient garder les Enfants ou les Membres de la famille dépendants au Domicile de l'Assuré.

Cette prestation est non cumulable avec les prestations « Taxi ou VTC », « Transfert des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants » et « Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans ».

• Transfert des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport d'un Proche, pour venir chercher les Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile afin de les conduire chez un Proche. EUROP ASSISTANCE prend en charge le coût du voyage aller/retour des Enfants et/ou des Membres de la famille dépendants ainsi que celui de l'accompagnant.

Cette prestation est non cumulable avec la prestation « Taxi ou VTC », « Transfert d'un Proche » et « Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans ».

• Conduite en taxi à l'école des Enfants

Si aucun Membre de la famille ne peut accompagner le(s) Enfant(s) à l'école, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis leur Domicile.

Le(s) Enfant(s) sera (seront) obligatoirement accompagné(s) d'un adulte désigné par un Membre de la famille.

Les conditions de prise en charge des Enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents / représentants légaux soit donnée à l'établissement scolaire en faveur de la personne missionnée.

Le coût de chaque service de Transport utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe de trois cents (300) euros € TTC susvisée.

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

Lorsque le Bénéficiaire a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin des 12 mois suivant la survenance de l'Évènement garanti, EUROP 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.

5.5. Accompagnement Carrière & Retour à l'emploi

Nature de la mission

Il s'agit d'accompagner individuellement et à distance les Bénéficiaires dans leurs projets d'évolution/reconversion professionnelle.

Notre démarche d'accompagnement à distance avec un professionnel dédié s'appuie sur 4 objectifs :

- aider les Bénéficiaires à clarifier leurs questionnements par rapport à leur situation professionnelle ;
- expliciter leurs souhaits, identifier leurs contraintes et leurs priorités ;
- donner les éléments de mise en œuvre d'un changement/ d'un projet réaliste et réalisable ;
- accompagner le Bénéficiaire dans la mise en œuvre de son projet.

Conduite et outils de l'accompagnement

L'accompagnement, proposé en 3 étapes, porte sur une durée de 6 mois environ, soit 10 à 11 entretiens en visio.

Un suivi est également assuré, par courriel ou par téléphone, à la demande du Bénéficiaire, pendant l'accompagnement et, le cas échéant, les premiers mois qui suivent l'accompagnement.

- **L'étape 1** a pour objet de réaliser le bilan d'évaluation et le diagnostic professionnel du Bénéficiaire au regard de son parcours, de ses aptitudes, de sa situation et de ses aspirations. Elle s'appuie sur une série de questionnaires remis au Bénéficiaire sur son espace dédié.

- **L'étape 2** permet d'élaborer un ou des projets professionnels.

L'élaboration du projet se concrétisera par des emplois ciblés qui permettront au Bénéficiaire de renforcer sa position sur le marché de l'emploi.

- **L'étape 3** porte sur la mise en œuvre du projet professionnel retenu. Elle est programmée jusqu'au terme de la prestation sous la forme d'entretiens téléphoniques fixés avec le Bénéficiaire.

Contenu de chaque étape de l'accompagnement

• Bilan d'évaluation et diagnostic professionnel

Cette étape s'organise en 1 ou 2 rendez-vous en visio décidés avec le Bénéficiaire :

- présentation du Bénéficiaire, de ses attentes et questionnements par rapport à sa situation professionnelle : formulation de ses attentes, de ses priorités et contraintes. Création de l'espace dédié du Bénéficiaire sur le site de notre partenaire (identifiant et mot de passe) ;
- mise à disposition sur internet de documents de travail (orientation professionnelle, identification du parcours formatif et professionnel, des principales compétences) ;
- passation d'un test de personnalité et diagnostic professionnel. Remise par internet du test de personnalité « Test Performance » ;
- debriefing du test avec le consultant dédié en entretien téléphonique.

• Elaboration du ou des projets professionnels

Dans cette étape, les entretiens en visio permettent au Bénéficiaire d'identifier ses atouts et freins et de redéfinir son projet d'évolution professionnelle en lien avec ses capacités. Il s'agit également de définir un ou plusieurs projets professionnels avec une hiérarchisation précise des étapes.

Objectif

Bâtir un projet professionnel réaliste et réalisable.

Déroulement

Des entretiens en visio, pendant lesquels le Bénéficiaire fait le point sur différents documents de travail fournis par le consultant.

Plusieurs documents de travail et de test envoyés par internet par le consultant en charge de l'accompagnement. Au cours des entretiens, le Bénéficiaire fait le point sur ces documents qu'il aura renseignés. Ces fichiers portent sur :

- analyse du parcours professionnel et personnel (mise en valeur de son capital de savoir-faire, de ses connaissances pratiques et théoriques) ;
- analyse de la personnalité (ses caractéristiques, ses aspirations, ses valeurs,

ses centres d'intérêt et ses motivations) ;

- exploration du(es) projet(s) professionnel(s) (confrontation avec la réalité : enquêtes professionnelles, recherche documentaire, investigation du marché de l'emploi/projet) ;
- exploration et utilisation des dispositifs et des services dédiés aux demandeurs d'emploi ;
- validation du projet professionnel et formulation écrite de ce projet par le Bénéficiaire.

• Mise en œuvre du projet professionnel

Objectif

Il s'agit d'accompagner le Bénéficiaire jusqu'à la fin de la prestation dans la mise en œuvre de son projet (formation, changement d'emploi dans le cadre d'une mobilité interne ou externe...).

Déroulement

Des entretiens en visio définis à la demande du Bénéficiaire et des échanges de documents via internet relatifs à :

- aide à la rédaction de CV et lettres de motivation ;
- préparation aux entretiens dans le cadre d'une mobilité interne ou externe et simulation d'entretien ;
- préconisations éventuelles de formation ;
- debriefing des entretiens et recherches d'informations (analyse du marché, ciblage entreprise) ;
- techniques de valorisation du réseau relationnel en lien avec démarche exploratoire du marché et du ciblage ;
- appuis et relais d'emploi ou de formation ouverts (CFP) ;
- suivi et planification des prochaines étapes pour mettre en œuvre le projet.
- informations sur le marché du travail, les différents secteurs d'activités ;
- informations sur le droit du travail, les dispositifs de formations ;
- les organismes et adresses utiles à la recherche d'emploi ;
- les aides financières possibles selon les besoins et la situation du Bénéficiaire.

6. EXCLUSIONS

Europ Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Sont exclues les demandes consécutives :

- les conséquence d'un acte intentionnel de la part d'un Bénéficiaire autre que l'Assuré ou d'un acte dolosif ;
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant ;
- les frais engagés sans l'accord d'Europ Assistance ;
- les frais non expressément prévus par les présentes conditions d'assistance ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule ;

- les frais de carburant et de péage ;
- les frais de douane ;
- les frais de restauration ;
- les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter le (les) Bénéficiaire(s) avant ou pendant son(leur) déplacement ;
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le Bénéficiaire.

7. LIMITATIONS DE RESPONSABILITÉ EN CAS DE FORCE MAJEURE OU AUTRES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Europ Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Europ Assistance intervient dans le cadre d'une obligation de moyens. Lorsque Europ Assistance organise les Prestations d'assistance en sollicitant des professionnels, Europ Assistance ne saurait être responsable de leur indisponibilité ou incapacité à fournir le service au moment de la demande, ni de la mauvaise exécution de leur prestation.

Europ Assistance ne peut être tenue pour responsable des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, répréhensions ;
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des

personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif à savoir sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique ;

- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité ;
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs nécessaires au transport ;
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels Europ Assistance a l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale ;
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention) ;
- refus du transporteur de personnes (à savoir les compagnies aériennes) opposé à une personne atteinte de certaines pathologies ou à une femme enceinte.

8.1. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre des prestations d'assistance, Europ Assistance est subrogée dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. La subrogation est limitée au montant des frais que Europ Assistance a engagé en exécution des présentes Conditions d'assistance.

8.2. Prescription

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise, pour tous litiges survenus entre l'Adhérent, l'Assuré et/ou l'Assureur à la suite notamment d'un sinistre couvert.

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés 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. »

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil), reproduits ci-après :

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ».

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 périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

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. »

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.

Article 2246 du Code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution ».

8.3. Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, les Bénéficiaires utilisent comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou font des déclarations inexacts ou réticentes, les Bénéficiaires seront déchu(e)s de tout droit aux prestations d'assistance, prévues dans les présentes Conditions d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

8.4. Réclamations - Litiges

En cas de mécontentement du Bénéficiaire dans la gestion de son sinistre, ce dernier est invité à adresser sa réclamation par écrit ou courriel à l'adresse suivante :

Europ Assistance
Service Réclamations Clients
23, avenue des Fruitières
CS 20021 - 93212 SAINT-DENIS CEDEX
service.qualite@europ-assistance.fr

Une réponse lui sera fournie dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les 2 mois suivant la date d'envoi de la première manifestation écrite de son mécontentement. Si le délai de traitement doit excéder le délai de dix jours ouvrables, une lettre d'attente lui sera adressée dans ce délai.

En tout état de cause, le Bénéficiaire peut saisir le médiateur par courrier ou courriel à l'adresse indiquée ci-dessous, dans un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, qu'il y ait été répondu ou non :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

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

Le Bénéficiaire reste libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

8.5. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

8.6. Protection des données personnelles

EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège social au 89 Rue Taitbout - 75009 Paris (ci-après dénommée « l'Assureur »), agissant en qualité de responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel du Bénéficiaire ayant pour finalités de :

- gérer les demandes d'assistance et d'assurance ;
- organiser des enquêtes de satisfaction auprès des Bénéficiaires ayant bénéficié des services d'assistance et d'assurance ;
- élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles ;
- examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque ;
- gérer les contentieux potentiels et mettre en œuvre les dispositions légales ;
- mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion ;
- mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance ;
- gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de l'Assureur ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.

Le Bénéficiaire ainsi que tout autre personne susceptible de rentrer en contact avec Europ Assistance, désigné ci-après « les personnes concernées », sont informés et acceptent que leurs données personnelles soient traitées pour les

finalités précitées. Ce traitement est mis en œuvre en application du contrat. Les données collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance et d'assurance des personnes concernées sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, les personnes concernées sont informées que leurs données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, au souscripteur, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur. En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données personnelles des personnes concernées sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (6 mois pour les enregistrements téléphoniques, 5 ans pour les autres traitements), augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription.

Les personnes concernées sont informées et acceptent que les données à caractère personnel les concernant soient communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non-membres de l'Union européenne, disposant d'une protection équivalente. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont encadrés par une convention de flux transfrontaliers établie conformément aux clauses contractuelles types émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur,

Ces flux ont pour finalité la gestion des demandes d'assistance et d'assurance.

Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données relatives à l'identité (notamment : nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment : situation familiale, nombre des enfants);
- données de localisation ;
- données de santé, y compris le numéro de Sécurité sociale (NIR).

Les personnes concernées en leur qualité de personne concernée par le

traitement, sont informées qu'elles disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Elles disposent en outre d'un droit d'opposition pour motif légitime. Les personnes concernées ont le droit de retirer leur consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, elles disposent d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem.

L'exercice des droits des personnes concernées s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr,
- soit par voie postale : EUROP ASSISTANCE - À l'attention du Délégué à la protection des données - 23, avenue des Fruitières, CS 20021 - 93212 Saint-Denis cedex

Enfin, les personnes concernées sont informées qu'elles ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

8.7. Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Europ Assistance informe le Bénéficiaire, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par internet :

www.bloctel.gouv.fr

L'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, n'interdit pas EUROP ASSISTANCE de contacter le Bénéficiaire, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant le contrat d'assurance souscrit, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.