

VOTRE ASSISTANCE

GARANTIE ASSISTANCE SANTÉ MIEL MUTUELLE

p 2

**CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION
DU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE**

p 11

GARANTIE ASSISTANCE VOYAGE 1

p 17

Nous contacter :

N°Cristal 0 986 86 01 73

APPEL NON SURTAXE

N° DE CONVENTION : 90 00 01

OBJET DE L'ASSISTANCE

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter une aide dans une optique de confiance préalable, à l'assuré du contrat collectif de santé souscrit auprès de MIEL MUTUELLE ainsi qu'à d'autres bénéficiaires définis ci-après.

DEFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

Ascendant dépendant

La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- Etre le père ou la mère de l'Assuré (par filiation au sens de la législation française) ;

- Etre atteint d'une dépendance médicalement constatée :

- Soit en état d'invalidité :

L'état d'invalidité est reconnu à l'Ascendant lorsqu'il est classé en invalidité de 3^{ème} catégorie, au sens du Code de la Sécurité sociale.

- Soit en état de perte d'autonomie :

L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque l'Ascendant est classé dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2, 3 ou 4 de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources AGGIR), tel que définis sur le site officiel de l'administration française « service public.fr »

Ces définitions pourront être revues si cette grille venait à être modifiée.

La dépendance doit être consolidée.

	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants- ou personne en fin de vie.
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement- ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

Application de la garantie

Si le Bénéficiaire réside dans l'un des territoires d'outre-mer (au sens du présent contrat), la prestation est exclusivement réalisée dans ce territoire.

Assisteur

Pour la réalisation des prestations d'assistance proposées dans ce contrat GARANTIE ASSISTANCE SANTE MIEL MUTUELLE, l'Assisteur est AUXIA Assistance. AUXIA ASSISTANCE : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris.

L'organisme chargé du contrôle de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Assuré

L'assuré du contrat collectif de santé souscrit auprès de MIEL MUTUELLE.

Le présent contrat peut aussi être conclu à titre individuel par un assuré.

Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- L'Assuré du contrat collectif de santé souscrit auprès de MIEL MUTUELLE (ou l'assuré ayant conclu le contrat à titre individuel),

- Son conjoint :

- L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- Ou le partenaire pacsé (personne liée par un pacte civil de solidarité au participant (PACS) non dissous et non rompu),
- Ou le concubin (personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'Assuré pendant une durée d'au moins deux ans). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'Assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un, ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

- Les enfants âgés de moins de 25 ans, fiscalement à la charge de l'Assuré et vivant sous le même toit,

- Les Ascendants dépendants tels que définis ci-dessus et vivant sous le même toit que l'Assuré.

Domicile

Lieu de la résidence principale ou secondaire du Bénéficiaire, situé en France Métropolitaine, en Corse, dans la principauté de Monaco, ou dans l'un des DROM définis par le contrat.

Les Départements et Régions d'Outre-Mer

Les outre-mer prises en compte au titre du présent contrat sont : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Mayotte.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance.

Hospitalisation :

• Hospitalisation imprévue

Tout séjour imprévu, prescrit en urgence par un médecin. Cette hospitalisation a lieu dans un établissement de soins privé

ou public. Elle est consécutive à un accident ou à une maladie.

• Hospitalisation programmée

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile prescrit en dehors d'une situation d'urgence pour le traitement d'une affection ou dans le cadre d'un traitement en cours (maladie/soins chroniques/chimiothérapie/radiologie).

Immobilisation imprévue au domicile

Tout repos au domicile prescrit par un médecin à l'occasion d'un accident ou d'une maladie soudaine et aigue entraînant une impossibilité physique du bénéficiaire de se déplacer.

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus dans les espaces listés ci-après.

Pour un bénéficiaire résidant dans un DROM, les prestations seront exclusivement réalisées dans ce DROM : en France Métropolitaine, en Corse, en Principauté de Monaco, dans les DROM (Départements et Régions d'Outre-Mer) définis dans le contrat pour des prestations fournies sur le même territoire.

Les prestations ne pourront être mises en œuvre que dans les espaces listés ci-dessus.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, train (billet de première classe) ou par avion en classe économique.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'Assisteur peut, en dernier lieu, conseiller l'assuré ou le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les services d'assistance de l'Assisteur ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'évènement

par l'assuré ou par le bénéficiaire ou par ses proches par téléphone au :

09 86 86 01 73 si votre Domicile est en France Métropolitaine

02 62 97 94 98 si votre Domicile est à La Réunion ou à Mayotte

05 96 30 66 10 si votre Domicile est en Martinique, Guadeloupe ou en Guyane

En indiquant :

- Le numéro de la convention d'assistance concernée : **90 00 01**

- L'identité de l'assuré et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone),

- MIEL Mutuelle.

Le service d'assistance est accessible du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (hors jours fériés).

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 5 jours ouvrés entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne permet plus à l'Assisteur de mettre en œuvre ses garanties dans des conditions conformes à ses engagements.

LES GARANTIES PROPOSÉES

Sur demande téléphonique, l'Assisteur met à disposition des bénéficiaires :

En toutes circonstances

La recherche et l'envoi d'un médecin

- L'obtention de conseils médicaux
- La recherche et l'envoi d'intervenants médicaux ou paramédicaux
- La livraison de médicaments
- La réservation d'une place en milieu hospitalier
- Le transport en ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger
- Les informations sur la santé
- Les informations sur les droits et l'administration
- Les informations sur les finances
- Les informations sur l'emploi
- Les informations sur l'habitation
- Les informations sur le l'enseignement
- Les informations sur les obsèques
- Les informations sur les voyages, les loisirs
- Le soutien psychologique

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 24 heures

- Venue d'un proche au domicile
- Garde des animaux familiers (chiens/chats)
- Prise en charge des enfants de moins de 16 ans :
 - Venue d'un proche
 - Ou transfert chez un proche
 - Ou garde à domicile

- Et conduite à l'école ou aux activités extrascolaires
- Prise en charge des ascendants dépendants :
 - Venue d'un proche
 - Ou transfert chez un proche
 - Ou garde à domicile par une auxiliaire de vie

- Aide aux tâches ménagères

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 8 jours consécutifs

- Téléassistance

En cas de traitement de chimio ou radiothérapie

- Aide aux tâches ménagères

En cas de maladie, de blessure ou d'hospitalisation d'un enfant pour une durée de plus de 24 heures consécutives

- Prise en charge de l'Enfant malade :
 - Venue d'un proche
 - Ou garde au domicile
- Prise en charge des autres enfants de moins de 16 ans :
 - Venue d'un proche
 - Ou transfert des enfants
 - Ou garde à domicile
 - Et conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

En cas d'immobilisation imprévue de plus de 15 jours consécutifs d'un enfant (en complément des garanties pour immobilisation imprévue de plus de 24 heures de l'enfant)

- Soutien scolaire à domicile

En cas de décès de l'un des bénéficiaires

- Accompagnement médico-social
- Retour au domicile des proches et des animaux familiers
- Prise en charge des frais de taxi
- Venue d'un proche sur le lieu du décès
- Aide aux tâches ménagères
- Prise en charge des enfants de moins de 16 ans :
 - Venue d'un proche
 - Ou transfert chez un proche
 - Ou garde à domicile
 - Et conduite à l'école ou aux activités extrascolaires
- Prise en charge des ascendants dépendants :
 - Venue d'un proche
 - Ou transfert chez un proche
 - Ou garde à domicile par une auxiliaire de vie
- Soutien psychologique
- Garde des animaux familiers (chiens /chats)

En cas de besoin d'une téléconsultation médicale

- Téléconsultation médicale

DESCRIPTION DES GARANTIES

► En toutes circonstances

■ La recherche et l'envoi d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du Bénéficiaire, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire à rechercher un médecin. Le coût de l'éventuelle consultation demeure entièrement à la charge du Bénéficiaire. L'Assisteur n'assure pas le transport du Bénéficiaire vers le cabinet médical (ou vers l'hôpital), ni son retour à son Domicile (ou dans tout autre lieu).

■ L'obtention de conseils médicaux

En l'absence d'urgence et de médecin traitant, l'Assisteur met à disposition un service de renseignements téléphoniques pour obtenir des informations :

- Sur les maladies liées à l'âge, les addictions, sur les différentes associations de malades,
- Sur les différentes pathologies et leurs conséquences ; les maladies neurodégénératives, les pathologies ostéo-articulaires, les maladies cardio-vasculaires, les ALD,
- Sur la nutrition : comment bien se nourrir, les compléments alimentaires, le BIO, les régimes en fonction de l'âge et des pathologies. L'Assisteur fournit sur demande les coordonnées de nutritionnistes proches du domicile. Ces informations ne constituent pas une préconisation de régime alimentaire. La communication des coordonnées de nutritionnistes ne signifie pas que l'Assisteur recommande ces professionnels. L'Assisteur prend en compte le critère de la proximité avec le domicile du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire reste libre de ne consulter aucun nutritionniste, ou de consulter celui de son choix, y compris s'il ne fait pas partie de ceux mentionnés par l'Assisteur.

■ La recherche et l'envoi d'intervenants médicaux et paramédicaux

En dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux et paramédicaux :

■ La recherche d'une infirmière

L'Assisteur peut, **sur prescription médicale**, aider le Bénéficiaire à rechercher une infirmière pouvant se rendre au Domicile du Bénéficiaire. Le coût occasionné par les actes de l'infirmière n'est pas pris en charge par l'Assisteur. Le transport de l'infirmière jusqu'au Domicile du Bénéficiaire reste à la charge du Bénéficiaire.

■ La recherche d'intervenants paramédicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire en difficulté dans sa

recherche d'intervenants paramédicaux. Le coût de l'intervention de ces intervenants, et le transport de ceux-ci jusqu'au Domicile du Bénéficiaire ne sont pas à la charge de l'Assisteur.

Dans tous les cas, l'Assisteur prend en compte le critère de la proximité du professionnel par rapport au Domicile, pour proposer des coordonnées.

L'Assisteur n'est pas responsable de la qualité du travail réalisé par les professionnels dont les coordonnées ont été communiquées.

Le Bénéficiaire reste libre de contacter le professionnel de son choix, qui peut être l'un de ceux indiqués par l'Assisteur ou tout autre professionnel.

■ La livraison de médicaments

Si le Bénéficiaire est dans l'incapacité temporaire de se déplacer (notamment à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine), l'Assisteur organise et prend en charge, pendant un mois, le transport des médicaments prescrits par le médecin traitant du Bénéficiaire. Le coût des médicaments reste à la charge exclusive du Bénéficiaire.

L'Assisteur n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies.

Les médicaments ne sont livrés ni le dimanche, ni les jours fériés, ni de 19h à 8h.

La distance à parcourir (aller et retour) entre le Domicile du Bénéficiaire et la pharmacie ne doit pas dépasser 30 kilomètres.

La cause de l'incapacité temporaire de déplacement doit être médicalement constatée pour permettre la mise en œuvre de la garantie.

■ La réservation d'une place en milieu hospitalier

Un travailleur social apportera notamment des informations et des conseils pour accompagner et orienter le Bénéficiaire vers des solutions générales ou spécialisées.

Il pourra communiquer la liste des trois établissements qui sont susceptibles de répondre au mieux aux exigences du Bénéficiaire. Il fournit toutes les informations nécessaires concernant : les prix, les délais d'attente, la disponibilité de places, la distance par rapport au domicile, les spécificités de l'établissement.

Il effectuera les recherches par rapport aux établissements situés dans un rayon de 50 km du domicile du Bénéficiaire.

Il ne pourra garantir ni l'accord d'admission, ni le nombre de places disponibles dans les structures proposées.

Cette communication ne constitue pas une recommandation de l'Assisteur. Le Bénéficiaire reste libre de choisir l'un des établissements indiqués, ou de choisir l'un

de ceux qui n'est pas sur la liste. L'Assisteur ne prend pas en charge le déplacement vers le centre.

■ Accompagnement social

L'assisteur prend en charge la réalisation d'un bilan téléphonique, par une conseillère sociale (ou un conseiller social), afin d'évaluer la situation du Bénéficiaire et de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins. Il pourra s'agir, par exemple, de vérifier la possibilité du maintien à domicile et d'évaluer si le logement est adapté à l'ascendant dépendant.

L'Assisteur :

- N'est pas responsable des informations transmises durant le bilan téléphonique, ni des conséquences qui pourraient en résulter.
- N'assume aucune prise en charge, notamment financière, suite à ce bilan.

○ Transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger

Hors urgence médicale, l'Assisteur organise, **sur prescription médicale**, le transport du Bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son Domicile et un établissement de soins médicalement adapté de son choix. Si son état de santé le nécessite, l'Assisteur organise son retour au Domicile par l'un de ces moyens.

Le nombre de transports en ambulance est limité à 5 fois par an. Le transport correspond à un « aller simple » ou à un « retour simple ».

L'établissement de soins doit être situé au maximum à 50 kilomètres du Domicile du Bénéficiaire.

■ Les informations sur la santé

Les informations communiquées au Bénéficiaire concernent : les numéros de téléphone d'urgence, la vaccinations, l'hygiène, la prévention, la diététique, les associations spécialisées, les précautions à prendre.

Il peut être renseigné sur différents types de centres :

- les centres de cure,
- les centres de thalassothérapie,
- les centres hospitaliers,
- les centres de soins,
- les centres de convalescence,
- les établissements spécialisés.

■ Les informations sur les droits et l'administration

Le Bénéficiaire peut recevoir des indications relatives aux droits du consommateur, au droit de la succession, aux régimes matrimoniaux, aux affaires familiales, aux relations avec les administrations, aux droits des conjoints divorcés, à la fiscalité, au droit au logement, aux comptes bancaires, aux assurances.

Il peut aussi :

- être renseigné sur les démarches traditionnelles, les papiers officiels, les visas.
- poser des questions relatives aux organismes sociaux, aux rentes, aux pensions d'invalidité, aux indemnités journalières, au remboursement de frais médicaux, à l'aide aux handicapés, aux aides sociales et aux allocations veuvage.

■ Les informations sur l'emploi

Les indications fournies au Bénéficiaire concernent :

- Le droit social,
- Les relations avec l'employeur,
- Les droits,
- Le harcèlement au travail.

■ Les informations sur l'habitation

Les questions posées par le Bénéficiaire peuvent porter sur : la construction, l'accession à la propriété, la location et les problèmes de voisinage.

■ Les informations sur l'enseignement

Le bénéficiaire sera renseigné concernant :

- La scolarité,
- L'environnement des étudiants,
- La poursuite des études.

■ Les informations sur les obsèques

Les informations communiquées porteront sur les thèmes suivants :

- Se préparer à la mort,
- Le décès,
- Les obsèques.

■ Les informations sur les voyages, les loisirs

Les renseignements transmis au Bénéficiaire seront relatifs :

- Aux différentes activités praticables au niveau de sa région,
- Aux itinéraires routiers,
- Aux conditions d'accès aux programmes proposés par les organismes,
- Aux associations et aux autres structures d'implantations locales et qui interviennent dans les domaines culturels, sportifs et du 3^{ème} âge.

■ Le soutien psychologique

L'Assisteur organise et prend en charge une assistance psychologique par téléphone réalisée par un psychologue clinicien spécialisé, dans la limite de 4 entretiens par an.

Les sujets abordés concerneront les problèmes de santé, les problèmes liés au travail ou encore l'entrée d'un proche en état de dépendance.

Cet accompagnement ponctuel ne peut être confondu avec un travail de psychothérapie.

- ▶ **En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 24 heures consécutives**

■ La venue d'un proche au domicile

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire à compter du premier jour du fait générateur et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits consécutives, à concurrence de 92 € TTC au total, petit-déjeuner inclus.

Ce proche doit être domicilié :

- En France métropolitaine,
- En principauté de Monaco,
- Ou pour les frontaliers à moins de 100 km du domicile du Bénéficiaire ou au sein d'un même DROM.

■ La garde des animaux familiers

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé ou d'un voisin du Bénéficiaire, le soin quotidien de l'animal familier au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Cette prestation est réalisée dans la limite :

- d'un coût de 300 € TTC par événement en cas de recours à un pets sitter agréé,
- ou forfait de 8 € TTC par jour pendant 30 jours si l'animal est gardé par l'un des voisins du Bénéficiaire.

Uniquement en cas de recours au pet sitter agréé : le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- **Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,**
- **Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,**
- **Les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,**
- **Les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de**

l'article L211-12 du Code rural sont exclus,

- **Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,**
- **Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.**

■ La prise en charge des Enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant en France Métropolitaine (y compris Monaco) ou au sein d'un même DROM, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche avec un accompagnant résidant en France Métropolitaine (y compris Monaco) ou au sein d'un même DROM.

La garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 40 heures à raison de 8 heures au maximum par jour pendant au plus 5 jours, à compter de la date de l'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du jour de l'événement qui est intervenu. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur .

■ La prise en charge des ascendants dépendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné. Le domicile du proche et celui de l'Ascendant doivent être situés sur le même territoire, conformément à ce que prévoit la définition « territorialité ».

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 40 heures par fait générateur, à raison de 8 heures maximum par jour pendant cinq jours.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

■ Aide aux tâches ménagères

Uniquement en cas d'hospitalisation de l'Assuré et de son conjoint :

Intervention d'un prestataire missionné par l'Assisteur pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. **Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 6 heures.**

Ce total est porté à 10 heures si l'Assuré vit seul ou a un conjoint handicapé ou un enfant de moins de 10 ans à sa charge.

- ▶ **En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de huit jours consécutifs**

■ La téléassistance

L'Assisteur organise et prend en charge un service de téléassistance (sous réserve des disponibilités locales). La téléassistance est un service de plateforme téléphonique associée à un appareil de télécommunication spécial qui permet à l'Assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son Domicile, 24h/24, en actionnant une télécommande qu'il porte.

La mise en place de la téléassistance est réalisée par une société partenaire de l'Assisteur. L'Assisteur prend en charge les frais d'installation et de maintenance du transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès (abonnement compris) au service.

Cette prestation est acquise pendant 3 mois maximum si le Bénéficiaire est âgé de 75 ans au maximum. Elle est de six mois si le Bénéficiaire a plus de 75 ans. Au-delà de cette durée, l'abonnement est à la charge du Bénéficiaire.

- ▶ **En cas de traitement de chimio ou de radiothérapie**

■ Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par l'Assisteur pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. **Chaque intervention dure deux fois deux heures, après chaque**

séance de chimio thérapie ou de radio thérapie.

- ▶ **En cas de maladie, de blessure ou d'hospitalisation d'un Enfant pour une durée de plus de 24 heures consécutives**

■ Prise en charge de l'Enfant malade

Si aucun des parents ne peut se rendre disponible pour garder l'enfant, l'Assisteur organise et prend en charge :

- La venue d'un proche

L'Assisteur prend en charge le transport aller retour d'un proche résidant en France Métropolitaine (y compris Monaco) ou au sein d'un même DROM, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

- La garde à domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 20 heures réparties sur au moins deux jours.

Les deux garanties ne sont pas cumulables.

■ Prise en charge des autres enfants de moins de 16 ans

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant en France Métropolitaine ou en Principauté de Monaco, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des Enfants et de l'accompagnant chez un proche. Le proche et le Bénéficiaire doivent résider sur le même territoire.

La garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 40 heures à raison de 8 heures au maximum par jour pendant au plus 5 jours, à compter de la date de l'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du jour de l'événement qui est

intervenu (immobilisation, hospitalisation,) La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

- ▶ **En cas d'immobilisation imprévue de plus de 15 jours consécutifs d'un enfant (en complément des garanties pour immobilisation imprévue de plus de 24 heures consécutives de l'enfant)**

■ Soutien scolaire à domicile

Si l'Enfant ne peut assister aux cours de l'établissement (primaire ou secondaire) qu'il fréquente, l'Assisteur prend en charge un répétiteur scolaire afin d'assurer le soutien pédagogique de l'Enfant.

Ce soutien consiste en des cours particuliers sur les matières principales (mathématiques, français, histoire/géographie, anglais) donnés au domicile de l'assuré. Sur autorisation des parents, l'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'Enfant le programme à étudier. Cette garantie est accordée pendant l'année scolaire en cours. Elle cesse dès que l'Enfant est en capacité de reprendre les cours et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire.

Chaque intervention est d'une durée minimale d'une heure et maximale de 3 heures par jour ouvrable, à raison de 10 heures par semaine, hors vacances scolaires.

- ▶ **En cas de décès de l'un des bénéficiaires**

■ Accompagnement social

L'Assisteur prend en charge la réalisation d'un bilan téléphonique, par une conseillère sociale (ou un conseiller social), afin d'évaluer la situation du Bénéficiaire, d'évaluer ses ressources et ses dépenses et de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins. Il pourra s'agir par exemple :

- De vérifier la possibilité du maintien à domicile et d'évaluer si le logement est adapté à l'Ascendant dépendant.
- D'informer sur les droits aux prestations (exemple : pour la retraite).
- D'aider aux démarches administratives et à la constitution des dossiers sociaux (le conseiller ne peut pas garantir l'obtention de l'aide financière demandée par le Bénéficiaire).
- D'accompagner dans les démarches et les formalités à réaliser.
- D'assister à la mise en place de la solution médico-sociale proposée.

L'Assisteur :

- N'est pas responsable des informations transmises durant le bilan téléphonique, ni des

conséquences qui pourraient en résulter.

- N'assume aucune prise en charge, notamment financière, suite à ce bilan.

■ Retour au domicile des animaux familiers

Ce retour concerne uniquement les animaux qui voyageaient avec le défunt.

■ Prise en charge des frais de taxi

Ces frais sont pris en charge uniquement dans la limite de 155 € pour les frais engagés dans les trois jours qui suivent le décès. Le transport doit être en rapport avec le décès.

■ Venue d'un proche sur le lieu du décès

Un seul proche pourra se rendre sur le lieu du décès. Cette prise en charge n'est prévue que si cette présence du proche est rendue nécessaire pour la réalisation de démarches concernant le rapatriement du corps.

La prise en charge concerne l'aller et le retour de ce proche, ainsi que le paiement des frais d'hôtel dans la limite de 61 € TTC par jour pendant une durée maximale de 5 jours.

■ Aide aux tâches ménagères

Dans les 10 jours qui suivent le décès, intervention d'un prestataire missionné par l'Assisteur pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. **Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 6 heures.**

Ce total est porté à 10 heures si l'assuré vit seul, ou a un conjoint handicapé ou un enfant de moins de 10 ans à charge.

■ Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant en France Métropolitaine (y compris Monaco) ou au sein d'un même DROM, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des Enfants chez un proche accompagnant résidant en France Métropolitaine (y compris Monaco) ou au sein d'un même DROM.

La garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 40 heures à raison de 8 heures au maximum par jour pendant

au plus 5 jours, à compter de la date de l'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du jour de l'événement qui est intervenu. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur .

■ Prise en charge des ascendants dépendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur. Le domicile du proche et celui de l'Assuré doivent être situés sur le même territoire.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné. Le domicile du proche et celui de l'Assuré doivent être situés sur le même territoire.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 40 heures par fait générateur, à raison de 8 heures maximum par jour pendant cinq jours.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

■ Soutien psychologique

A la demande du conjoint du défunt, des ascendants ou des enfants de ce défunt, l'Assisteur organise et prend en charge une assistance psychologique par téléphone réalisée par un psychologue clinicien spécialisé, dans la limite de 4 entretiens en rapport avec la survenance du décès. Ces entretiens doivent avoir lieu dans la limite des 12 mois qui suivent le décès.

Cet accompagnement ponctuel ne peut être confondu avec un travail de psychothérapie.

■ Garde des animaux familiers (chiens/chats)

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé ou d'un voisin du Bénéficiaire, le soin

quotidien de l'animal familial au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Cette prestation est réalisée dans la limite de 5 jours maximum par un pet sitter ou à hauteur d'une indemnité de 10 € TTC par jour si l'animal est gardé par l'un des voisins du Bénéficiaire.

Uniquement en cas de recours au pet sitter agréé : le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,
- Les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus.
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

► En cas de besoin d'une téléconsultation médicale

Le Bénéficiaire peut accéder à un service de téléconsultation médicale dans la limite de 5 téléconsultations par an.

Nous vous invitons à prendre connaissance de la notice d'information « téléconsultation médicale » pour connaître les modalités de mise en œuvre de ce service.

Les garanties décrites dans la présente convention ne peuvent être mises en œuvre que sous réserve des disponibilités locales.

Pour les prestations concernant les Enfants :

La durée de chaque intervention est d'un minimum de 2 heures (3 heures pour le soutien scolaire),

La personne missionnée au domicile de l'Enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. L'Assisteuse intervient à la demande des parents et ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des Enfants confiés.

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires est cumulable avec une autre des trois garanties.

Certaines garanties de cette notice prévoient une communication d'informations au Bénéficiaire. Nous attirons votre attention sur les garanties visant à fournir des informations :

Toutes les questions du Bénéficiaire devront concerner le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit.

Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate. Selon le cas, l'Assisteuse devra se documenter ou effectuer des recherches. Dans ce cas, le Bénéficiaire sera rappelé pour que les informations nécessaires lui soient communiquées.

Les informations fournies dans le cadre de ces garanties sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. La responsabilité de l'Assisteuse ne pourra en aucun cas être engagée quant à l'interprétation des informations transmises, ou aux conséquences éventuelles de cette interprétation (notamment, l'utilisation que le Bénéficiaire décidera d'en faire.)

En particulier :

Les informations à caractère médical ne pourront pas être considérées comme des consultations médicales.

• Aucune information communiquée ne pourra être assimilée à une consultation juridique.

L'Assisteuse ne communiquera aucune confirmation écrite des informations données.

LE CADRE JURIDIQUE

L'Assisteuse intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec l'Assisteuse sont prises en charge.

L'Assisteuse n'intervient pas dans les cas où l'assuré ou un autre bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

► Durée des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'au premier des termes suivants :

- La date à laquelle l'Assuré quitte les effectifs assurés,

- Le cas échéant, la date à laquelle le contrat collectif souscrit prend fin pour quelque raison que ce soit.

► Transmission des pièces justificatives

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, l'Assisteuse se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé de l'assuré ou du bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à l'Assisteuse de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par l'Assisteuse dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

Les services de l'Assisteuse sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs de l'Assisteuse aucun détail sur la pathologie du bénéficiaire.

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

► Absence de responsabilité de l'Assisteuse

Dommage professionnel ou commercial

L'Assisteuse ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par l'assuré ou un bénéficiaire à la suite d'un événement ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

Circonstances exceptionnelles

L'Assisteuse ne peut non plus être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de grève, émeute, mouvements populaires, représailles, restriction à la libre circulation, sabotage, et tout autre cas fortuit ou de force majeure.

► Limitations de garantie

Déclaration mensongère et non remboursement d'une avance de frais

En cas de déclaration mensongère de l'assuré ou du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance de l'Assisteuse.

L'Assisteuse réclamera s'il y a lieu à l'assuré ou au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ces comportements.

Comportement abusif

Lorsque le comportement du Bénéficiaire est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assisteuse pour délivrer le service), l'Assisteuse se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits.

L'Assisteuse réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

► Subrogation

L'Assisteuse est subrogé dans les droits et actions de toute personne bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par l'Assisteuse en exécution du présent contrat.

► Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si l'Assisteuse prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas fortuit ou à la force majeure,
- et cause un préjudice à l'Assisteuse.

► Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- Les frais engagés sans l'accord préalable de l'Assisteuse,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés

médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route à l'article R234-1),

- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs de l'assuré ou du bénéficiaire,
- La participation de l'assuré ou du bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- La tentative de suicide de l'assuré ou du bénéficiaire,
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation de l'assuré (ou du bénéficiaire) en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne de l'assuré ou du bénéficiaire.

► Fausse déclaration de sinistre

Si l'assuré ou le bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre (article L113-8 du Code des assurances). Le cas échéant, les frais engagés à tort par l'Assisteur devront être remboursés par l'assuré ou par le bénéficiaire.

► Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent 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 dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 ».

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les bénéficiaires sont informés par « AUXIA Assistance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de des bénéficiaires
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles

appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDES CLIENTS

1 – Votre service client

L'Assisteur a mis en place un service client accessible du lundi au samedi de 8h à 20 h (hors jours fériés) :

- par téléphone : un numéro de téléphone est indiqué sur nos courriers;
- par courrier à AUXIA ASSISTANCE – Direction du service client
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX
- par mail à l'adresse info@auxia.com

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- vos nom, prénoms, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche ;
- un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Notre service client examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

2 – Votre service réclamation

Si la réponse apportée par notre service client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante :

AUXIA ASSISTANCE
Service réclamation
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Ou par mail à l'adresse suivante : service-reclamations@auxia.com

Notre service réclamation vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Dès lors que vous pouvez justifier d'une réclamation écrite préalable faite à l'assisteur : Votre dispositif de médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assisteur à la suite de la réclamation écrite que vous lui avez adressée, vous pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, saisir la Médiation de l'Assurance.

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

La demande doit être adressée :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION DU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Nous contacter :

 **N°Cristal 0 986 86 02 20** N° DE CONVENTION : 90 00 01
APPEL NON SURTAXE

Ou depuis le site Internet : <https://miel.teleconsultation.fr>

1. MENTIONS LÉGALES

Opérateur de la solution de téléconsultation médicale :

La société BIEN-ÊTRE ASSISTANCE, Société par Actions Simplifiée au capital de 1 000 000 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 494 810 641, siège social au 1 rue Mozart, 92110 Clichy La Garenne.

Ainsi que par des entités tierces liées à BIEN ÊTRE ASSISTANCE, ce que reconnaît et accepte le Bénéficiaire.

Le Service de téléconsultation médicale est proposé par :

La société AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Hébergeur certifié de données de santé:

La société CLARANET, Société par Actions Simplifiée au capital de 5 332 300 €, siège social au 2 rue Breguet 75011 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 419 632 286.

Éditeur du Site Internet <https://miel.teleconsultation.fr> :

Association de Moyens Assurance de Personnes, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, Inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 840 599 930, inscrite à l'Orias sous le numéro 19000811 – www.orias.fr, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Directeur de publication :

Thomas SAUNIER, Directeur Général de l'Association de Moyens Assurance de Personnes.

2. MISE EN GARDE

Le service de téléconsultation médicale ne constitue en aucun cas un service d'urgence. Toute situation d'urgence médicale doit conduire immédiatement le bénéficiaire à contacter les numéros d'urgence tels que : samu 15 ; police secours 17 ; pompier 18 ou le 112.

Le service ne constitue pas un dispositif médical. En outre, le service de téléconsultation ne peut avoir pour finalité de remplacer le médecin traitant du bénéficiaire et est proposé uniquement en complément de la prise en charge et au suivi effectués par le

médecin traitant ou les autres médecins spécialistes en charge du suivi du bénéficiaire.

L'accès à une téléconsultation médicale n'est pas de droit : le médecin téléconsultant peut estimer qu'il n'est pas en mesure de délivrer le service de téléconsultation lorsqu'un examen clinique avec présence physique du bénéficiaire ou des examens complémentaires sont nécessaires. Le cas échéant, il appartient au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

Le bénéficiaire reconnaît et accepte que l'opérateur n'effectue aucune vérification, validation ou contrôle de l'exactitude, cohérence, qualité des données qu'il saisit sous son propre et entier contrôle, direction et responsabilités, ni des décisions qu'il prend concernant sa santé.

En raison de la sensibilité des données de santé collectées et traitées dans le cadre du service, le bénéficiaire est mis en garde sur la nécessité de veiller à la confidentialité de ses informations d'accès au service à l'égard de tiers.

3. DÉFINITIONS

Lorsqu'ils commencent par une majuscule, les termes ci-après définis ont le sens et la portée donnés dans leur définition dans le cadre de la conclusion et de l'exécution des présentes conditions générales d'utilisation:

« **Assisteur** » désigne la société qui est en charge de la mise en œuvre de la prestation de téléconsultation médicale assurée par Europ Assistance France S.A.S, Société de courtage d'assurance, Société Anonyme au capital de 2 541 712 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 403 147 903, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 1 promenade de la Bonnette 92633 Gennevilliers Cedex

« **Bénéficiaire** » désigne le ou les personnes physiques qui peuvent demander la mise en œuvre de la garantie de téléconsultation médicale. Il s'agit de l'assuré, de son conjoint et des enfants de l'assuré. Les notions d'« assuré », de « conjoint » et d'« enfants de l'assuré » sont définies dans les conditions générales

valant notice d'information de l'assistance santé à domicile, qui a été préalablement souscrite par l'employeur de l'assuré.

« **CGU** » désigne les présentes conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale.

« **Contenu** » désigne l'ensemble des fonctionnalités et plus largement tout élément existant au sein du Service.

« **Données personnelles** » désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un prénom, un numéro de contrat d'un organisme de Malakoff Humanis, un numéro de téléphone, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

« **Données de santé** » désigne toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne. La donnée médicale fait partie des données personnelles de santé.

« **IDE** » : désigne les infirmiers diplômés d'État, exerçant en France et salariés de la société BIEN ÊTRE ASSISTANCE.

« **Médecin** » : désigne le docteur en médecine générale inscrit auprès de l'Ordre des médecins, exerçant en France et ayant conclu une convention avec la société BIEN ÊTRE ASSISTANCE.

« **Prescription** » désigne les formulations par le Médecin dans les limites de sa compétence concernant la prise de médicaments et autres produits de santé ou le besoin de traitements médicaux complémentaires, prenant la forme d'une ordonnance au sens des dispositions du Code de la santé publique.

« **Professionnel médical** » désigne tout Médecin généraliste, en charge de la délivrance du service de téléconsultation au sens des articles L.6316-1 et suivants et R.6316-1 et suivants du Code de la santé publique respectives et ayant conclu une

convention avec BIEN ÊTRE ASSISTANCE ainsi que les infirmiers diplômés d'État salariés de la société BIEN ÊTRE ASSISTANCE.

« **Professionnel de santé** » désigne les IDE ainsi que les Médecins téléconsultants ayant conclu une convention avec BIEN ÊTRE ASSISTANCE.

« **Réglementation** » : désigne toute réglementation applicable aux Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« **Responsable de traitement** » : désigne la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre.

« **Service** » : désigne le service de téléconsultation médicale.

« **Site** » désigne le Site Internet accessible à l'adresse suivante : <https://miel.teleconsultation.fr> et permettant l'accès et la mise en œuvre du Service de téléconsultation médicale.

4. OBJET

Les présentes CGU définissent les règles d'utilisation du Service et du Site Internet « <https://miel.teleconsultation.fr> » ainsi que les droits et obligations du Bénéficiaire au titre de la fourniture du Service.

5. DOCUMENTS CONTRACTUELS

Les CGU ainsi que la politique de protection des données à caractère personnel constituent les dispositions contractuelles encadrant l'utilisation du Service.

Si une disposition des présentes CGU était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'en affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des CGU qui resteraient valides et en vigueur.

Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGU ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGU.

6. ENTRÉE EN VIGUEUR ET ACCEPTATION DES CGU

Tout Bénéficiaire s'engage à respecter inconditionnellement et intégralement les termes des présentes CGU suivant les modalités décrites ci-après.

L'utilisation du Service nécessite l'acceptation expresse et préalable des présentes CGU qui se fait :

- soit lors de la prise en charge téléphonique du Bénéficiaire, par le Bénéficiaire lui-même,
- soit lors de l'accès au Service par le Site, par un dispositif conforme d'acceptation en ligne (autrement dit en cochant la case :

« Je reconnais avoir lu et j'accepte les Conditions Générales d'Utilisation du Service

- J'atteste avoir pris connaissance de la politique de protection des données et accepte le traitement de mes données de santé et leur hébergement par un hébergeur certifié de données de santé. »

lors de la création d'un compte Utilisateur et après authentification de ce dernier.

Les présentes CGU entrent en vigueur sans réserve à compter de leur acceptation et s'appliquent durant toute la durée de l'utilisation du Service.

De manière générale, l'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait que l'acceptation des présentes CGU emporte acceptation des règles d'accès au Site.

Le Bénéficiaire est invité à lire attentivement les présentes CGU. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment sur le Site Internet <https://miel.teleconsultation.fr> ainsi que la politique de protection des données personnelles.

Compte tenu des évolutions possibles du Service et de la réglementation, BIEN ÊTRE ASSISTANCE se réserve toutefois le droit de modifier à tout moment les présentes CGU. Les nouvelles Conditions Générales d'Utilisation seront, le cas échéant, portées à la connaissance du Bénéficiaire par modification en ligne.

7. DESCRIPTION DU SERVICE

Dans le cadre de son offre d'assistance, AUXIA ASSISTANCE propose au Bénéficiaire un droit d'accès au Service de téléconsultation médicale dans les modalités décrites ci-dessous.

Le Service est accessible 24 h/24 h et 7 jours sur 7 au numéro suivant : ou via le Site Internet <https://miel.teleconsultation.fr>

Le Service propose un accès à :

- Une orientation dans le parcours de soins,
- Une consultation médicale à distance délivrée par un Médecin téléconsultant

par téléphone ou par visioconférence, selon le choix opéré par le Bénéficiaire.

Lors d'un accès au Service par la plateforme téléphonique, la prise en charge des appels se réalise de la manière suivante :

Avant l'enregistrement de sa demande, le Bénéficiaire est informé des modalités de fourniture du Service, de ses droits et obligations. Il donne son consentement à l'opération.

En semaine et en journée, un Infirmier diplômé d'État réceptionne l'appel.

L'infirmier(e), délivre, selon le cas, orientation dans le parcours de soins et le cas échéant, met le Bénéficiaire en relation avec le Médecin ou permet un rappel du Bénéficiaire par le Médecin qui procède(ra) à une consultation médicale à distance.

La nuit, le samedi, le dimanche ainsi que les jours fériés, les demandes d'assistance sont enregistrées pour permettre au Médecin de rappeler le Bénéficiaire en vue d'une consultation médicale à distance. À cette occasion, le Bénéficiaire est informé des modalités de fourniture du Service et le cas échéant, de l'enregistrement de la conversation téléphonique dans le cadre d'un suivi de la qualité du Service. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Le Bénéficiaire pourra s'y opposer en manifestant son refus auprès de son interlocuteur.

Lors d'un accès au Service par le Site Internet, la prise en charge de la demande se réalise de la manière suivante :

Lorsque le Bénéficiaire accède au Site Internet, il peut solliciter une téléconsultation médicale :

- soit sous un délai de 30 minutes auprès d'un Médecin téléconsultant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7,
- soit par une prise de rendez-vous ultérieure au choix du Bénéficiaire entre 9 h et 22 h, 7 jours sur 7, dans un délai maximal de 14 jours.

Il peut également choisir d'être recontacté par téléphone ou visioconférence.

La consultation médicale à distance n'a pas vocation à se substituer à une consultation médicale avec le médecin traitant du Bénéficiaire et ne peut remplacer le parcours de soins coordonnés.

Lorsqu'un examen physique est nécessaire pour établir un diagnostic, le Médecin réoriente le patient vers son médecin traitant et met un terme à l'appel.

Lorsque la situation décrite par le Bénéficiaire fait apparaître un risque grave pour sa santé ou sa vie, l'IDE ou le Médecin procédera à un transfert accompagné de l'appel auprès des services d'urgence compétents.

MISE EN ŒUVRE DU SERVICE LORS D'UN DÉPLACEMENT À L'ÉTRANGER

La garantie est applicable à l'étranger, dans certaines limites :

- Les services proposés (orientation dans le parcours de soins et téléconsultation médicale) sont accessibles selon la réglementation locale.
- Aucune prescription médicale n'est faite au Bénéficiaire résidant en dehors de l'Union Européenne.

Accès et identification

L'accès au Service est soumis aux présentes CGU et plus généralement à la réglementation en vigueur et à la loi française. Le Bénéficiaire garantit qu'il a le droit d'utiliser le Service au regard de sa réglementation locale.

Chaque Bénéficiaire dispose d'un droit à cinq (5) téléconsultations par année civile. Au-delà de ce seuil, le Service ne sera pas délivré.

Les téléconsultations non utilisées au cours d'une année ne pourront pas être reportées sur l'année suivante et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Elles ne peuvent être cédées à un tiers.

L'accès au Service est réservé au Bénéficiaire présumé majeur. Lorsque le Bénéficiaire est majeur sous protection juridique, il est accompagné de son tuteur ou curateur.

Le Service est ouvert aux mineurs dans les conditions suivantes : les utilisateurs mineurs doivent être accompagnés de la personne titulaire de l'autorité parentale. L'accès au Service est réalisé sous la responsabilité propre et exclusive du titulaire de l'autorité parentale.

Pour pouvoir demander la mise en œuvre du Service, le Bénéficiaire est invité à s'assurer au préalable que :

- sa situation ne relève pas de l'urgence médicale,
- et que son médecin traitant est absent ou indisponible.

Ce Service requiert l'utilisation de moyens de communication à distance et en particulier :

- un numéro de téléphone portable permettant au Bénéficiaire de recevoir des SMS,
- un accès Internet de bonne qualité comprenant un navigateur Internet récent, ainsi qu'un équipement informatique de type ordinateur, tablette ou smartphone équipé d'une caméra et d'un micro pour la réalisation de la consultation médicale par visioconférence et le cas échéant la réception de prescriptions médicales.

Les Bénéficiaires ne peuvent utiliser le Service à d'autres fins que pour leur destination définie aux présentes CGU, et notamment, s'interdisent d'utiliser le Service, ses informations et Contenus,

pour assurer la promotion d'un produit, d'un service, d'un établissement de santé, d'un professionnel de santé ou d'une pharmacie ou de manière générale à toute fin publicitaire ou promotionnelle ou professionnelle.

Le Service est destiné à l'usage personnel des Bénéficiaires et ne peut pas être utilisé au bénéfice d'une entreprise ou de tout autre organisme. Les sociétés commerciales, et de manière générale tout organisme ou entité ou profession réglementée ne peuvent pas en tant que tels devenir utilisateurs.

Toute autre utilisation en fraude des droits de BIEN ÊTRE ASSISTANCE expose le Bénéficiaire à des poursuites.

Le Bénéficiaire reconnaît qu'il accède au Service par des modalités d'accès sécurisées. Il s'engage à ne pas communiquer ses éléments d'authentification à des tiers.

Lors d'un accès au Service via la plateforme téléphonique, le Bénéficiaire devra s'authentifier et renseigner : son nom, son prénom, sa date de naissance, son numéro de téléphone portable, son code postal ainsi que son adresse électronique.

Lors d'un accès au Service via le Site Internet, le Bénéficiaire sera amené à créer et renseigner son compte utilisateur dans les conditions décrites ci-dessous.

De même, BIEN ÊTRE ASSISTANCE s'engage à traiter les sujets et les informations de façon neutre et se garde de toute attitude publicitaire ou promotionnelle envers un produit, un service ou un organisme particulier conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

Enfin, le Bénéficiaire reconnaît et accepte que l'intégralité des frais de téléphone et/ou de connexion au réseau Internet reste à sa charge.

Création et gestion du compte utilisateur sur le Site

Tout accès au Service via le Site Internet nécessite obligatoirement au préalable la création d'un compte utilisateur. Le Bénéficiaire crée son compte utilisateur en renseignant le formulaire qui lui est proposé par les données d'identification suivantes : nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, adresse e-mail et code postal de sa résidence.

Lors de la création de son compte utilisateur, le Bénéficiaire reconnaît :

- accepter expressément et sans réserve les présentes CGU,
- avoir pris connaissance et accepter la politique de protection des données personnelles du Service,
- avoir dûment accepté le traitement de ses Données de santé et avoir été informé du traitement de ces dernières par un hébergeur certifié de données de santé,

- accepter que ses Données de santé soient partagées avec BIEN ÊTRE ASSISTANCE, l'Assisteur ainsi que des Professionnels de santé ayant conclu une convention avec BIEN ÊTRE ASSISTANCE, s'il souhaite bénéficier du Service.

Lors de la création du compte utilisateur, le Bénéficiaire saisit les données qui permettent son identification sous son entière responsabilité et son entier contrôle et s'engage à communiquer des informations complètes, exactes et actualisées, et à ne pas usurper l'identité d'un tiers, ni à masquer ou modifier son âge.

Dans l'hypothèse où il communiquerait des informations fausses, inexacts, trompeuses, incomplètes ou périmées, BIEN ÊTRE ASSISTANCE se réserve la possibilité de suspendre ou de refuser l'accès du Bénéficiaire, sans préavis ni indemnité, de façon temporaire ou définitive, à tout ou partie du Service.

La connexion par le Bénéficiaire à son compte utilisateur sur le site s'effectue en saisissant un mot de passe.

Le mot de passe requis est celui que le Bénéficiaire aura renseigné lors de la création de son compte utilisateur. Conformément aux exigences de sécurité requises, ce mot de passe doit comporter au moins 10 caractères, comportant au moins une minuscule, une majuscule sans accent ainsi qu'un caractère spécial.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que son mot de passe est strictement personnel et confidentiel. À ce titre, il est entièrement responsable de l'utilisation de son mot de passe et s'engage à prendre toutes mesures utiles pour assurer la parfaite confidentialité de son mot de passe et s'engage à ne pas le communiquer, céder ou mettre à disposition d'un tiers.

Le mot de passe permet d'authentifier le Bénéficiaire et de lui imputer les actions réalisées sous son identification. Autrement dit, toute action réalisée sur le compte utilisateur du Bénéficiaire connecté à partir de son identifiant et de son mot de passe sera réputée avoir été effectuée par le Bénéficiaire et sous sa responsabilité exclusive.

Aussi, en cas de perte, de vol ou de toute utilisation frauduleuse de son mot de passe, le Bénéficiaire devra choisir un nouveau mot de passe en se connectant au sein du Site Internet à la rubrique « Je modifie mon profil » puis la rubrique « Mes informations personnelles ».

Le Bénéficiaire peut choisir à tout moment de clôturer son compte utilisateur en en faisant la demande auprès du Délégué à la protection des données personnelles de BIEN ÊTRE ASSISTANCE à l'adresse suivante : dpd@bienetreassistance.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données

personnelles, BIEN ÊTRE ASSISTANCE, 1 rue Mozart, 92110 Clichy.

Information et aide à l'orientation dans le parcours de soins

Lorsque le Bénéficiaire accède au Service via la plateforme téléphonique, avant tout acte de téléconsultation ou de conseil en ligne, une information ou une orientation dans le parcours de soins peut lui être délivrée par une IDE.

L'information ou l'orientation dans le parcours de soins délivrée au Bénéficiaire ne constitue en aucun cas un acte de télémedecine au sens des articles L.6316-1 et suivants du Code de la santé publique.

L'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait que les informations diffusées sont strictement indicatives et ne sauraient donc remplacer en tout ou partie, les conseils, diagnostics, traitements ou recommandations fournis par les professionnels de santé compétents participant à la prise en charge du Bénéficiaire.

Les informations tendent à être scientifiquement exactes au moment de leur diffusion, fiables, pertinentes et communes aux Bénéficiaires. Néanmoins, tant AUXIA ASSISTANCE que BIEN ÊTRE ASSISTANCE déclinent toute responsabilité concernant les erreurs ou omissions portant sur les informations délivrées dans le cadre du Service. De même, AUXIA ASSISTANCE et BIEN ÊTRE ASSISTANCE ne sauraient être tenus responsables de l'interprétation ou de l'utilisation par le Bénéficiaire des informations ainsi délivrées.

Le Bénéficiaire est seul responsable de toute décision de quelque nature qu'elle soit, prise à partir d'une information fournie au sein du Service.

Lorsque le Bénéficiaire accède au Service via le Site, il sera directement mis en contact avec un Médecin téléconsultant après avoir fait une demande de rappel immédiat ou une prise de rendez-vous ultérieur.

Téléconsultation médicale

La consultation médicale délivrée par un Médecin téléconsultant est réalisée, selon le choix opéré par le Bénéficiaire : par téléphone ou par visioconférence. À cette occasion, le Médecin téléconsultant pourra délivrer au besoin une prescription médicale dans les conditions ci-dessous exposées.

Un compte rendu de la téléconsultation médicale est établi par le Médecin téléconsultant. Le compte rendu est mis à la disposition du Bénéficiaire au sein de son compte utilisateur sur le Site Internet.

Si le Bénéficiaire ne dispose pas de compte utilisateur, le compte rendu sera accessible via un lien sécurisé qui lui sera adressé par courrier électronique.

Sur demande expresse du Bénéficiaire, le compte rendu de la téléconsultation médicale pourra être adressé par courrier postal à son médecin traitant.

Prescription médicale

Lorsque le Médecin estime nécessaire d'établir une prescription médicale, celle-ci pourra être accessible par le Bénéficiaire :

- via son compte utilisateur au sein de la rubrique « gérer mes rendez-vous et mes documents/historique » ;
- ou s'il ne dispose pas de compte utilisateur, par envoi d'un lien sécurisé à l'adresse de messagerie que le Bénéficiaire aura renseigné.

Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, l'accès à la prescription médicale sur Internet requiert la saisie d'un code d'authentification fort. À cet effet, lors de l'appel, un code à usage unique est adressé par sms sur le numéro de téléphone portable communiqué par le Bénéficiaire.

Exclusion du service de téléconsultation

Les exclusions déjà prévues dans le contrat de frais de santé d'AUXIA ASSISTANCE sont applicables au Service de téléconsultation.

En plus de ces exclusions, les situations suivantes sont exclues du Service :

- Les situations d'urgence médicale,
- Les situations nécessitant un examen physique du Bénéficiaire,
- Les demandes de téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- Le suivi de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois,
- Les prescriptions d'arrêt de travail et de certificat médical,
- Les demandes de second avis médical,
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement (sauf dépannage ponctuel, dans la limite de 7 jours)
- Les prescriptions de traitement supérieur à 7 jours,
- Les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte, soumis à accord préalable, d'exception et de stupéfiants,
- Les prescriptions de préparations magistrales ou officinales.

Dans de telles situations, le Bénéficiaire reconnaît et accepte que le Professionnel de santé l'informe et lui expose les motifs de l'impossibilité de lui délivrer le Service.

8. PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Le Service est destiné à permettre aux Bénéficiaires consentants de bénéficier de consultation médicale à distance en lien avec leur état de santé. La mise en œuvre du Service nécessite la collecte et le traitement de Données à caractère personnel au sens de la Réglementation.

Au regard de la Réglementation en matière de protection des données, il est précisé que :

- AUXIA ASSISTANCE est responsable de traitement pour la proposition de solution de téléconsultation médicale aux Bénéficiaires ;
- Bien-être Assistance est responsable de traitement pour la mise à disposition et la maintenance de la plateforme médico-sociale ainsi que pour l'activité de téléconseil en santé réalisée par son personnel infirmier ;
- l'Assisteur est responsable de traitement pour la mise en œuvre du service de téléconsultation médicale.

Le Bénéficiaire est informé que les Données personnelles le concernant collectées et traitées dans le cadre du Service sont nécessaires à la fourniture des fonctionnalités du Service. À défaut, l'Utilisateur ne pourra pas accéder au Site Internet ou à la plateforme téléphonique et ne pourra dès lors pas bénéficier du Service.

Le Bénéficiaire ne peut utiliser le Service qu'après avoir émis un consentement exprès et préalable au titre de la collecte, du traitement et du partage de ses Données de santé par le biais d'une case à cocher spécifique qui lui est proposée au moment de l'accès au Service via le Site Internet ou le cas échéant lors de son appel téléphonique auprès de la plateforme téléphonique du Service.

L'attention du Bénéficiaire est attirée sur la sensibilité de ses Données de santé, couvertes par le secret médical qui s'impose aux professionnels de santé et dont l'utilisation par des personnes mal intentionnées est potentiellement susceptible de lui être dommageable.

Le Bénéficiaire est informé qu'un hébergeur certifié de données de santé assure un hébergement sécurisé de ses Données de santé collectées et traitées dans le cadre du Service, conformément aux dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique.

Les Données personnelles de l'Utilisateur sont strictement destinées :

- À lui-même ;
- À AUXIA ASSISTANCE, et ce uniquement pour les données administratives et d'identification de l'Utilisateur afin de permettre la vérification de son éligibilité au Service ;
- Aux Professionnels de santé délivrant le Service dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical ;
- Aux personnels strictement habilités de l'hébergeur certifié de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives ;
- Aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les

médiateurs, les ministères concernés...).

BIEN ÊTRE ASSISTANCE, le cas échéant l'Assisteur, garantit au Bénéficiaire que ses Données personnelles ne seront transmises à aucun tiers non autorisé, sans son accord. En particulier, le Bénéficiaire est informé que ses Données de santé ne sont en aucun cas transmises à AUXIA ASSISTANCE.

Le Bénéficiaire est informé que ses Données personnelles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité du traitement.

Elles seront susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, dans le respect de l'anonymat du Bénéficiaire.

Conformément à la Règlementation, le Bénéficiaire est titulaire d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des Données personnelles le concernant. Dans la limite des modalités légales, le Bénéficiaire dispose d'un droit à la portabilité des Données personnelles qu'il a fournies et du droit de décider du sort de ses données après sa mort.

Le Bénéficiaire peut également faire valoir son droit de limitation et son droit d'opposition selon les modalités légales. Lorsque les Données personnelles sont traitées à des fins de prospection, vous avez le droit, à tout moment et sans frais, de vous y opposer, y compris au profilage lié à une telle prospection.

Enfin, il dispose du droit de retirer son consentement à tout moment.

Pour exercer ses droits, le Bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel :

- par email à : dpd@bienetreassistance.fr
- par courrier postal à : Délégué à la protection des données à caractère personnel – BIEN ÊTRE ASSISTANCE – 1 rue Mozart–92110 Clichy.

Toutes les demandes seront étudiées et recevront une réponse dans un délai d'un mois maximum à compter de la réception de la demande. Si la demande est imprécise ou ne comporte pas tous les éléments permettant de procéder aux opérations qui lui sont demandées, il pourra être demandé des éléments complémentaires. De même, il peut être demandé des informations supplémentaires en cas de doute sur l'identité du demandeur.

Le Bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel pour toute question concernant ses Données personnelles.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il lui est possible, le cas échéant, de saisir la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy–TSA 80715–75334 Paris Cedex 07.

Le Bénéficiaire est invité à consulter la Politique de protection des données personnelles de BIEN ÊTRE ASSISTANCE pour le Service de, accessible via son compte utilisateur ou via le lien suivant : <https://miel.teleconsultation.fr/Rgpd>

9. SÉCURITÉ

BIEN ÊTRE ASSISTANCE, le cas échéant l'Assisteur, mettent en œuvre toutes les mesures de sécurité afin de garantir la protection et la sécurité des Données personnelles du Bénéficiaire.

De manière générale, la préservation de la sécurité du compte utilisateur impose aux Bénéficiaires :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification ;
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre Bénéficiaire et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles ;
- d'avertir BIEN ÊTRE ASSISTANCE de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte.

Les Bénéficiaires reconnaissent l'existence de risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, y compris même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre dans le cadre du Service, et tout particulièrement en termes de :

- délai de fiabilité du réseau Internet,
- continuité non garantie dans l'accès au Service et ses Contenus,
- performances non garanties, compte tenu notamment de la propagation de virus,
- toutes autres contraintes techniques qui ne sont pas sous le contrôle et la responsabilité de BIEN ÊTRE ASSISTANCE.

En aucun cas, BIEN ÊTRE ASSISTANCE ne saurait être tenu responsable de ces risques et de leurs conséquences préjudiciables quelle qu'en soit l'étendue, pour le Bénéficiaire.

10. SECRET MÉDICAL

À compter du moment où le Bénéficiaire est pris en charge dans le cadre du Service, l'ensemble des Données de santé recueillies ou produites à l'occasion de sa prise en charge entrent dans la sphère du secret médical.

À ce titre, les mesures de sécurité conformes aux exigences légales et réglementaires en vigueur sont déployées aux fins d'assurer la protection des Données de santé qui seront transmises par le Bénéficiaire aux IDE et Médecins du Service.

Dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical, les Données de santé communiquées par

le Bénéficiaire sont destinées exclusivement :

- Aux IDE,
- Aux Médecins,
- Au personnel de BIEN ÊTRE ASSISTANCE, dûment habilité,
- Aux personnels strictement habilités de l'hébergeur certifié de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

Les Données de santé du Bénéficiaire sont hébergées chez un hébergeur de données de santé certifié conformément à l'article L.1111-8 du Code de la santé publique.

11. DÉONTOLOGIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les Professionnels de santé intervenant dans le cadre du Service sont soumis au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Le Service ne contrevient aucunement à l'une quelconque des obligations déontologiques s'imposant aux Professionnels de santé en particulier : le principe d'indépendance, du libre choix du patient, ou encore le principe d'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité, notamment en faveur d'un professionnel de santé.

12. RESPONSABILITÉ

Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire demeure pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du Service—en particulier de l'utilisation des informations dont il bénéficie dans ce cadre ainsi que de l'exactitude de l'ensemble des informations qu'il communique dans le cadre du Service dans les conditions de droit commun.

En aucun cas, AUXIA ASSISTANCE et BIEN ÊTRE ASSISTANCE ne sont en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence (notamment au plan scientifique, médical ou sanitaire) des données ou informations communiquées par le Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire s'engage à valider l'adéquation du Service à ses besoins. Le Bénéficiaire reconnaît qu'il prend seul toute décision fondée sur le Service, le cas échéant, et que ni AUXIA ASSISTANCE, ni BIEN ÊTRE ASSISTANCE n'assume aucune responsabilité au titre de la gestion d'une situation d'urgence médicale.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

De manière générale, le Bénéficiaire s'engage à utiliser le Service :

- Dans le respect des présentes CGU, des lois, réglementation et droits des tiers ;
- De manière loyale et conformément à sa destination.

Responsabilité de BIEN ÊTRE ASSISTANCE et d'AUXIA ASSISTANCE

BIEN ÊTRE ASSISTANCE est tenu à une obligation de moyens dans le cadre de la mise à disposition du Service fourni dans les limites définies aux présentes CGU. De même, AUXIA ASSISTANCE est tenu à une obligation de moyens dans la proposition du Service à ses assurés Bénéficiaires.

BIEN ÊTRE ASSISTANCE et AUXIA ASSISTANCE ne pourront être tenus pour responsables de tout dommage matériel ou immatériel, direct ou indirect, quelles qu'en soient les causes, y compris les dommages du fait des contraintes et limites du réseau téléphonique et/ou Internet résultant de l'utilisation du Service par le Bénéficiaire ainsi que de l'impossibilité, pour le Bénéficiaire, d'avoir accès au Service, à l'exception des dommages directs consécutifs à une faute lourde ou intentionnelle.

Responsabilité des Professionnels de santé

Les Professionnels de santé, chacun en ce qui les concerne, sont intégralement et exclusivement responsables des informations, conseils, orientations et décisions qu'ils donneront au Bénéficiaire dans le cadre de l'utilisation par ce dernier du Service, conformément aux obligations légales, réglementaires et déontologiques qui président à l'exercice de leurs activités professionnelles.

Dans le cadre d'une communication à distance, les Professionnels de santé ne sont pas en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence des informations communiquées par le Bénéficiaire. À ce titre et dans le cas de transmission d'informations erronées par le Bénéficiaire, leur responsabilité ne pourra être engagée.

13. PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Contenus du Service

L'ensemble des Contenus accessibles par le biais du Site sont protégés par des droits de propriété intellectuelle, détenus ou revendiqués par l'Éditeur.

Ces Contenus sont exclusivement destinés à l'information et l'usage personnel du Bénéficiaire qui bénéficie d'un droit d'usage privé, non collectif et non exclusif.

Sauf autorisation expresse et préalable du Bénéficiaire, sont interdites toutes reproductions, représentations et utilisations par le Bénéficiaire autres que celles visées ci-dessus et notamment :

- toute adaptation, mise à disposition du public à sa demande ou non, distribution, rediffusion sous quelque forme que ce soit, mise en réseau, communication publique, à titre gratuit ou onéreux, de tout ou partie des œuvres, prestations, marques et tous éléments protégés ou susceptibles de protection par le droit de la propriété intellectuelle reproduits au sein du Site;
- tout lien, accès, modification, ajout, suppression qui porte sur le système de traitement automatisé de l'édition en ligne et modifie les conditions de publication ou la politique éditoriale.

Tout manquement du Bénéficiaire à ces obligations constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Marque, logo, signe distinctif

Sauf précision contraire, toutes les marques utilisées au sein du Site sont la propriété de l'Éditeur ou le cas échéant d'AUXIA ASSISTANCE ou du groupe Malakoff Humanis.

Sauf autorisation expresse et préalable de l'Éditeur, tout usage de cette marque ainsi que toutes autres marques, figuratives ou non, visualisées appartenant à l'Éditeur ou le cas échéant à AUXIA ASSISTANCE ou au groupe Malakoff Humanis expose l'Utilisateur à des poursuites judiciaires.

14. FORCE MAJEURE

AUXIA ASSISTANCE et BIEN ÊTRE ASSISTANCE ne seront pas tenus responsables de toute inexécution ou retard dans l'exécution du Service, causés par des événements hors de leur contrôle qui ne pouvaient être raisonnablement prévus et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, et empêchant l'exécution de leurs obligations au sens de la définition légale figurant à l'article 1218 du Code civil.

15. CONVENTION DE PREUVE

Le Bénéficiaire reconnaît et accepte, qu'après son authentification par téléphone ou via le Site : l'acceptation des présentes CGU, de la politique de protection des données à caractère personnel et du recueil de son consentement au titre du traitement de ses Données de santé, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil et des articles 1111-25 et suivants du Code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment la mise en œuvre d'une signature électronique, sur

la base de l'usage d'un mot de passe/login est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.

En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de BIEN ÊTRE ASSISTANCE, le Bénéficiaire ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve.

Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par BIEN ÊTRE ASSISTANCE dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que toute ordonnance générée dans le cadre du Service repose sur une signature électronique simple, émise sur la base d'un procédé fiable d'identification défini par convention avec les Médecins téléconsultants garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache et l'intégrité des données matérialisées.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que la convention de preuve portant sur les ordonnances lui est opposable et accepte, qu'après l'authentification du Médecin, toute manifestation de sa volonté pour l'émission des comptes rendus et des ordonnances en cas de prescriptions, reposent sur une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code, et manifeste l'accord du Médecin en caractérisant sa preuve.

16. INFORMATION ET RÉCLAMATION

Toute demande de renseignement, d'information ou réclamation relative au Service de téléconsultation médicale et aux présentes CGU doivent être adressées par courrier postal à :

**Direction Médicale
BIEN ÊTRE ASSISTANCE
1 rue Mozart - 92110 Clichy**

17. LOI APPLICABLE

Tout litige relatif au Service de téléconsultation sera soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. Les présentes CGU sont soumises à la loi française.

AUXIA ASSISTANCE - SA au capital de 74 545 776 € - Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
422 088 476 RCS Paris

- souscrit par MIEL Mutuelle, Mutuelle Interprofessionnelle Economique Ligérienne (MIEL), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 776 398 786, dont le siège social est situé 11 rue du Gris de Lin 42021 SAINT-ETIENNE Cedex 1, en qualité de Souscripteur,

- souscrit auprès d'EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 46 926 941 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, dont le siège social se situe au 1 promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, en qualité d'Assureur,

Nous contacter : 01 41 85 92 62 (ou depuis l'étranger 33 1 41 85 92 62)

1. DEFINITIONS

1.1. ASSISTANCE VOYAGE 1

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 46 926 941 € euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, ASSISTANCE VOYAGE 1, est remplacé par le terme « Nous ».

1.2. Assuré

Désigne l'affilié résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, bénéficiant des garanties d'assistance au titre du contrat collectif d'assurance « Assistance voyage 1 » auprès de MIEL Mutuelle.

1.3. Bénéficiaire

Sont considérées comme Bénéficiaires, toutes les personnes visées au présent contrat ainsi que les personnes suivantes :

- Le conjoint, pacsé ou concubin notoire de l'Assuré, vivant sous le même toit que celui-ci,

- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,

- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,

- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

- les petits enfants appartenant à la famille de l'Assuré, de moins de 25 ans à charge au sens fiscal,

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

1.4. Blessure

Désigne la lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

1.5. Domicile

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

1.6. Etranger

Désigne l'un des pays listés à l'article 2.5 « Etendue Territoriale » ci-après, à l'exception de la France.

1.7. France

Désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

1.8. Franchise

Désigne la partie du montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire.

1.9. Hospitalisation

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place.

1.10. Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

1.11. Membre de la famille

Désigne le conjoint, concubin ou pacsé, les enfants, les petits enfants, les parents et beaux-parents, les frères et sœurs de l'Assuré, les gendres, belles-filles, les beaux-frères belles-sœurs de l'Assuré.

2. CONDITIONS ET MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

2.1. Validité et durée du contrat

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat ASSISTANCE VOYAGE 1. Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié.

La couverture ASSISTANCE VOYAGE 1 prend effet à compter de la date de souscription au contrat.

2.2. Conditions d'application

ASSISTANCE VOYAGE 1 intervient à la condition expresse que l'événement qui Nous amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment du départ.

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. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, Vous vous engagez soit à Nous réserver le droit d'utiliser les titres de transport que Vous détenez soit à Nous rembourser les montants dont Vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

2.4. Nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- En France et à l'Etranger, au cours de tout déplacement privé d'une durée supérieure à 2 jours et n'excédant pas 90 jours consécutifs et, à plus de 50 kilomètres du Domicile,

2.5. Etendue territoriale

2.5.1. Assistance aux Personnes

Monde entier à l'exception des pays suivants : Corée du Nord, Syrie, Crimée, Iran et Venezuela.

2.5.2. Exclusions territoriales

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

EUROP ASSISTANCE ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge les prestations et ne fournira aucun service 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, l'Union européenne, ou les États-Unis d'Amérique. Plus d'informations disponibles sur <https://www.europ-assistance.com/fr/nous-connaître/informations-reglementaires-internationale>.

3. MODALITES D'INTERVENTION

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

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 ASSISTANCE VOYAGE 1

Si Vous avez besoin d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone :

■ **01 41 85 92 62**

- depuis l'Étranger Vous devez composer le **33 1 41 85 92 62**

- 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 éléments relatifs au contrat souscrit,

- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous Nous réservons le droit de Vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, 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, certificat médical d'arrêt de travail, etc.).

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

4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

4.1. Quelques conseils pour votre déplacement

AVANT DE PARTIR

- Vérifiez que votre contrat Vous couvre pour le pays concerné et pour la durée de votre voyage.

- Pensez à Vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel Vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, éventuellement, en cas de maladie ou d'accident d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

- Si Vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen (EEE), Vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, Vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si Vous entrez dans le champ d'application de ladite convention et si Vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...).

Pour obtenir ces documents, Vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente et en France, auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.

- Si Vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et transportez les dans vos bagages à mains pour éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ; en effet, certains pays (Etats-Unis, Israël, etc.) n'autorisent pas les envois de ce type de produits.

SUR PLACE

- Si Vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque ou un déplacement dans une zone isolée dans le cadre de votre voyage, Nous Vous conseillons de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.

- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.

- De même, en cas de perte ou de vols de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si Vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que Vous conserverez séparément.

- A l'entrée dans certains pays, les caractéristiques du véhicule sont enregistrées sur votre passeport ou sur un document officiel ; si Vous quittez le pays en laissant votre véhicule, il est nécessaire de remplir certaines formalités auprès des douanes (passeport à apurer, importation temporaire, etc.).

- Si Vous êtes malade ou blessé(e), contactez-Nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels Nous ne pouvons Nous substituer.

- En cas de panne ou d'accident sur autoroute ou voie rapide, utilisez la borne téléphonique la plus proche. Vous serez directement relié(e) avec un interlocuteur habilité à déclencher les premiers secours.

ATTENTION

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous Vous conseillons de lire attentivement la présente convention d'assistance.

4.2. Prestations d'informations 4.2.1. Information Voyages

Sur simple appel téléphonique, de 8 heures à 19 heures 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

- Voyages, loisirs,
- Alimentation, hygiène, vaccination
- Adresse structures médicales

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques.

Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduit pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par Vous des informations communiquées.

4.2.2. Informations Santé

Ce service est conçu pour Vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours d'urgence locaux.

Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, Nous Nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à Vous orienter dans le domaine de la santé :

- la préparation d'un voyage à l'étranger (vaccination, trousse de premier secours, ...),
- les maladies liées à l'âge,
- les actes de prévention en fonction de l'âge,
- les conseils de vaccination,
- les risques de santé en situation de canicule ou d'exposition prolongée à un grand froid,
- ou encore au sujet de pathologies reconnues.

Si une réponse ne peut Vous être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et Vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, Nous Vous conseillerions de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que Vous nous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que Vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

4.3. Recherche de coordonnées d'organismes de traduction

Sur simple demande, Nous pouvons Vous communiquer les coordonnées d'un organisme de traduction.

Le coût de la prestation reste à votre charge.

4.4. Transport / Rapatriement

A la suite d'une Blessure, d'une Maladie, en France ou à l'Etranger, nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui Vous a pris en charge à la suite de l'évènement.

Les informations recueillies auprès du médecin local, et éventuellement auprès de votre médecin traitant habituel, Nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre Domicile,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un

service hospitalier approprié proche de votre Domicile,

par véhicule sanitaire léger, taxi de liaison, ambulance, wagon-lit, train 1^{ère} classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de nos médecins, Nous pouvons déclencher et organiser dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Domicile.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où Vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, votre refus Nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

4.5. Avance sur frais d'hospitalisation (Etranger uniquement)

A la suite d'une Blessure, d'une Maladie, lors d'un déplacement à l'Etranger et tant que Vous vous trouvez hospitalisé(e), Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 100 000€ TTC pour la zone des Etats Unis et du Canada et 30 000 TTC pour le reste du monde, par Bénéficiaire et par évènement. Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes : pour des soins prescrits en accord avec nos médecins, tant que ces derniers Vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si Vous décidez de rester sur place.

Dans tous les cas, Vous vous engagez à Nous rembourser cette avance au plus tard 30 jours après réception de notre facture.

Pour être Vous-même remboursé(e), Vous devez ensuite effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de vos frais médicaux auprès des organismes concernés.

Cette obligation s'applique même si Vous avez engagé les procédures de remboursement prévues dans la prestation 'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

Dès que ces procédures ont abouti, Nous prenons en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions prévues à la prestation

'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

4.6. Remboursement complémentaire des frais médicaux (Etranger uniquement)

Pour bénéficier de cette prestation, Vous devez obligatoirement relever d'un régime primaire d'assurance maladie (Sécurité Sociale) ou de tout organisme de prévoyance, effectuer, au retour dans votre pays de Domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et Nous communiquer les pièces justificatives mentionnées ci-après. Avant de partir en déplacement à l'Etranger, Nous Vous conseillons de Vous munir de formulaires adaptés à la nature et à la durée de ce déplacement, ainsi qu'au pays dans lequel Vous vous rendez (pour l'Espace économique européen et pour la Suisse, munissez-vous de la carte européenne d'Assurance Maladie). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de Maladie ou de Blessure, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

Le remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-après, à condition qu'ils concernent des soins reçus à l'Etranger à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure survenue à l'Etranger :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'Etranger,
- frais d'hospitalisation quand Vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer votre transport, même si Vous décidez de rester sur place.

Montant et modalités de prise en charge

Nous Vous remboursons le montant des frais médicaux engagés à l'Etranger et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance à hauteur de 6000 € TTC maximum par Bénéficiaire et par an.

Une Franchise de 30 € TTC est appliquée dans tous les cas par Bénéficiaire et par évènement.

Vous (ou vos ayants droit) vous engagez (s'engagent) à cette fin à effectuer, au retour en France, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi

qu'à Nous transmettre les documents suivants :

- décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

A défaut, Nous ne pourrions procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où la Sécurité Sociale et/ou les organismes auxquels Vous cotisez ne prendraient pas en charge les frais médicaux engagés, Nous Vous rembourserons jusqu'à concurrence des montants maximum susvisés, sous réserve que Vous Nous communiquiez préalablement les factures originales de frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité Sociale, la mutuelle et tout autre organisme de prévoyance.

4.7. Remboursement des frais dentaires

Les soins d'urgence dentaire engagés à l'Etranger et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité Sociale, votre mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance, jusqu'à concurrence de 200 € TTC maximum par Bénéficiaire et par an

Une franchise de 30 € TTC par Bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas.

4.8. Retour des accompagnants Bénéficiaires

Lorsque Vous êtes rapatrié(e) par nos soins, selon avis de notre Service Médical, Nous organisons le transport des Bénéficiaires qui se déplaçaient avec Vous afin, si possible, de Vous accompagner lors de votre retour.

Ce transport se fera :

- soit avec Vous,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de ces Bénéficiaires, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation Présence hospitalisation.

4.9. Présence d'un proche

Lorsque Vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre Maladie ou de votre Blessure et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant 5 jours (pour un enfant de moins de 16 ans, le délai est ramené à 48 heures), Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis la France par train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et

petit-déjeuner) pendant 10 nuits maximum, jusqu'à concurrence de 60 € TTC par nuit.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation :

- Retour d'un/des accompagnant(s) Bénéficiaire(s)

4.10. Acheminement de médicaments à l'Etranger uniquement

Vous êtes en voyage à l'Etranger et vos médicaments indispensables à la poursuite de votre traitement et dont l'interruption Vous fait courir, selon avis de nos médecins, un risque pour votre santé, sont perdus ou volés. Nous recherchons l'existence d'un équivalent sur place et, dans ce cas, organisons une visite médicale avec un médecin local qui pourra Vous les prescrire. Les frais médicaux et de médicaments restent à votre charge.

Si l'n'existe pas de médicaments équivalents sur place, Nous organisons, à partir de France uniquement, l'envoi des médicaments prescrits par votre médecin traitant sous réserve que ce dernier adresse à nos médecins un duplicata de l'ordonnance qu'il Vous a remise et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Nous prenons en charge les frais d'expédition et Vous refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments que Vous vous engagez à Nous rembourser à réception de facture.

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport que Nous utilisons.

Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Nous dégageons toute responsabilité pour les pertes, vols des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant. Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non-disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

4.11. Prolongation de séjour d'un accompagnant Bénéficiaire

A la suite d'une Blessure, si Vous êtes hospitalisé et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette

hospitalisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour, Nous prenons en charge les frais d'hébergement d'un accompagnant Bénéficiaire, jusqu'à concurrence de 120 € TTC par nuit pendant 5 nuits maximum, afin qu'il reste auprès de Vous jusqu'à ce que Vous soyez en état de revenir en France.

4.12. Prolongation de séjour du Bénéficiaire

Si un Bénéficiaire est dans l'obligation de prolonger son séjour pour raisons médicales avérées, sans hospitalisation et après accord de notre médecin, Europ Assistance prend en charge les frais d'hôtel, chambre et petit-déjeuner du Bénéficiaire à concurrence de 200 € TTC par nuit et dans la limite de 10 nuits maximum.

4.13. Retour anticipé à la suite d'une hospitalisation d'un enfant Bénéficiaire de moins de 15 ans

Vous apprenez l'hospitalisation grave et imprévue survenue en France durant votre déplacement d'un enfant Bénéficiaire de moins de 15 ans.

Afin que Vous vous rendiez au chevet de la personne hospitalisée en France, Nous organisons et prenons en charge votre voyage aller simple par train 1^{ère} classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (bulletin d'hospitalisation, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, Nous nous réservons le droit de Vous facturer l'intégralité de la prestation.

4.14. Retour anticipé à la suite du décès d'un Membre de la famille

Pendant votre voyage, Vous apprenez le décès, survenu en France, durant votre déplacement d'un Membre de votre famille, afin que Vous puissiez assister aux obsèques du défunt en France,

Nous organisons et prenons en charge votre voyage aller simple et celui d'une personne assurée de votre choix se déplaçant avec Vous ; par train 1^{ère} classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, Nous nous réservons le droit de Vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est accordée dès lors que la date des obsèques est antérieure à la date initialement prévue pour votre retour.

4.15. Transport de corps en cas de décès d'un Bénéficiaire

En cas de décès d'un Bénéficiaire durant son déplacement.

Nous organisons et prenons en charge le transport du défunt Bénéficiaire jusqu'au lieu des obsèques en France.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement.

4.16. Frais de cercueil en cas de décès d'un Bénéficiaire

En cas de décès d'un Bénéficiaire, Nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, jusqu'à un maximum de 1 000 € TTC. Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille.

4.17. Reconnaissance de corps et formalités décès

Si le Bénéficiaire décède alors qu'il se trouvait seul sur place et si la présence d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps ainsi que les formalités de rapatriement ou d'incinération sur le lieu de séjour Nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique de cette personne depuis la France jusqu'au lieu du décès.

4.18. Retour des accompagnants Bénéficiaires en cas de décès d'un Bénéficiaire

En cas de décès d'un Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge le retour, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique ainsi que les frais de taxi, au départ et à l'arrivée, des Bénéficiaires, qui voyageaient avec le défunt, dans la mesure où les moyens initialement prévus pour leur retour en France ne peuvent être utilisés.

4.19. Accompagnement chez un proche

A la suite du décès d'un Bénéficiaire, et lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, vos enfants lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ainsi que celui d'un accompagnant.

4.20. Avance de fonds

A l'Etranger, à la suite d'une perte ou d'un vol de vos moyens de paiements, carte(s) de crédit, chéquier(s) et sous réserve d'une attestation de perte ou de vol délivrée par les autorités locales, Nous Vous faisons parvenir des fonds d'un montant maximum de 6000 € TTC afin que Vous puissiez faire face à vos dépenses de première

nécessité, aux conditions préalables suivantes :

- soit du versement par un tiers par débit sur carte bancaire de la somme correspondante,

- soit du versement par votre établissement bancaire de la somme correspondante.

Vous signerez un reçu lors de la remise des fonds.

5. DISPOSITIONS GENERALES

5.1. Exclusions

5.1.1. Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,

- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,

- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,

- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,

- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,

- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule.

- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont également exclus :

- 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 notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention 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.

5.1.2. Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes

Nous ne pouvons en aucun cas Nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 5.1.1, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où Vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,

- les déplacements dans des pays, région, ou zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales du pays de Domicile du Bénéficiaire.

- les Maladies et/ou Blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,

- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne Vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,

- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,

- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,

- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),

- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant

- les cures thermales et les frais en découlant,

- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,

- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,

- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,

5.2. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas Nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables 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, représailles,
- 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 notamment 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 tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels Nous avons 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),

5.3. Circonstances exceptionnelles

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « transport/rapatriement ») au regard de la santé du Bénéficiaire et/ou de l'enfant à naître.

5.4. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre des prestations d'assistance, ASSISTANCE VOYAGE 1 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. Notre subrogation est limitée au montant des frais que Nous avons engagés en exécution du présent contrat.

5.5. Prescription

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.

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. »

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 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites 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).

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. »

5.6. Fausses déclarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées Nous demeurent acquises et Nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues article L.113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui Vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des assurances).

5.7. Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations, prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

5.8. Cumul des garanties

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, Vous devez Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

5.9. Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser à :

**Europ Assistance
Service Réclamations Clients
1 promenade de la Bonnette
92633 Gennevilliers Cedex**

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de

la date de réception de la réclamation initiale.

Si Vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Remontées Clients, Vous pourrez saisir le Médiateur par courrier postal ou par internet :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110**

75441 Paris Cedex 09

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

Vous restez libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

5.10. 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

5.11. Protection des données personnelles

Europ Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex (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,
- 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 et contre le financement du terrorisme, 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 est informé et accepte que ses 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 du Bénéficiaire sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur, ainsi qu'aux prestataires missionnés pour l'exécution de services d'assistance à votre profit (selon les cas, dépanneurs, ambulanciers, compagnies aériennes, taxis etc...)

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 du Bénéficiaire sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (2 mois pour les enregistrements téléphoniques) augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription (10 ans pour les traitements en lien avec le médical, 5 ans pour les autres traitements),

Le Bénéficiaire est informé et accepte que les données à caractère personnel le 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 de responsables à sous-traitants émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur,
- des contrats d'adhésion des entités de l'Assureur aux règles internes conformes à la recommandation 1/2007 du Groupe de travail de l'Article 29 sur la demande standard d'approbation des règles d'entreprise contraignantes pour le transfert de données personnelles,

Le Bénéficiaire peut demander une copie de ces garanties appropriées encadrant les transferts de données à l'une ou l'autre des adresses indiquées ci-dessous.

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,
- le cas échéant, données de santé, y compris le numéro de Sécurité sociale (NIR), et sur consentement de la personne concernée.

Le Bénéficiaire, en sa qualité de personne concernée par le traitement, est informé qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Il dispose en outre d'un droit d'opposition. Le Bénéficiaire a le droit de retirer son consentement à tout

moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, il dispose 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 du Bénéficiaire 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 - 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex

Enfin, le Bénéficiaire/Assuré est informé qu'il a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

5.12. 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 courrier postal ou par internet :

SOCIETE OPPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10 000 TROYES
www.bloctel.gouv.fr