

LOGO CE
A TITRE D'ILLUSTRATION

Inserion du Logo régional

Etablissement à faire par EQS

SECUR'Famille 2

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONVENTION D'ASSURANCE ET D'ASSISTANCE

Composée du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative SECUR'Famille 2 (référence 124SEF.002) souscrit par BPCE auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance agissant en qualité d'assureur du contrat et du contrat d'assistance de groupe (référence 124SEFA.002) souscrit par BPCE Vie et BPCE Prévoyance auprès d'IMA ASSURANCES agissant en qualité d'assisteuseur.

SOMMAIRE

TITRE 1 : CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE.....5

LEXIQUE 5

1. CARACTERISTIQUES PRINCIPALES	6
1.1 NATURE	6
1.2 OBJET	6
1.3 INTERVENANTS	7
1.4 ADHESION	8
1.5 FISCALITE DU CONTRAT	9
1.6 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX	9
2. VIE DE L'ADHESION.....	9
2.1 DUREE DE L'ADHESION	9
2.2 RISQUES GARANTIS – MONTANT DES GARANTIES.....	9
2.2.1 COUVERTURE PROVISOIRE	9
2.2.2 GARANTIES ET MONTANT DES GARANTIES	10
2.2.3 PRISE D'EFFET DES GARANTIES	11
2.2.4 OPTION D'INDEXATION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS	11
2.3 EXCLUSIONS	11
2.4 ETENDUE TERRITORIALE.....	12
2.5 DESIGNATION DES BENEFICIAIRES ET ACCEPTATION	12
2.6 COTISATIONS.....	12
2.6.1 MONTANT DE LA COTISATION	12
2.6.2 PAIEMENT DES COTISATIONS	12
2.7 AVENANTS	13
2.7.1 MODIFICATION DU CAPITAL GARANTI OU CHANGEMENT DE FORMULE....	13
2.7.2 MODIFICATION DE LA PERIODICITE DE PAIEMENT DES COTISATIONS	13
2.8 RESILIATION – FIN DES GARANTIES ET DE L'ADHESION	13
3. REGLEMENT DES PRESTATIONS	14
3.1 PRESTATIONS.....	14
3.1.1 LE CAPITAL DECES	14
3.1.2 LA RENTE EDUCATION.....	14
3.1.3 PANACHAGE DES DEUX	14
3.1.4 EVOLUTION DES PRESTATIONS GARANTIES APRES LE DECES DE L'ASSURE	14
3.1.5 PRESTATION PTIA	14
3.1.6 PRESTATION MALADIE REDOUTEE.....	14
3.2 DECLARATION DES SINISTRES.....	14
3.3 MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	15
3.4 CONTROLE	16
3.5 EXPERTISE MEDICALE.....	16
4. PROTECTION DES INTERETS DE L'ADHERENT	16
4.1 DOCUMENTS CONTRACTUELS	16
4.1.1 QUELS SONT LES DOCUMENTS CONTRACTUELS ?	16
4.1.2 QUELLES INFORMATIONS CONTIENNENT-ILS ?	16
4.2 FACULTE DE RENONCIATION A L'ADHESION	17
4.3 VENTE A DISTANCE.....	17
4.4 RECLAMATIONS – MEDIATION.....	17
4.5 PRESCRIPTION	17
4.6 DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	18
4.7 FONDS DE GARANTIE.....	18

TITRE 2 : CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSISTANCE 18

LEXIQUE 19

1. CARACTERISTIQUES PRINCIPALES	20
--	-----------

2.	CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES	20
2.1	FAITS GENERATEURS	20
2.2	INTERVENTION	20
2.2.1	APPLICATION DES GARANTIES	20
2.2.2	DELAÏ DE DEMANDE D'ASSISTANCE	20
2.2.3	TERRITORIALITE	21
2.2.4	MODALITES DE TRANSPORT DES PERSONNES	21
2.2.5	PIECES JUSTIFICATIVES	21
3.	EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMME OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE	21
3.1	AIDE A DOMICILE	21
3.2	PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT	21
3.3	SERVICES DE PROXIMITE	21
3.3.1	LIVRAISON DE MEDICAMENTS	21
3.3.2	PORTAGE DE REPAS	21
3.3.3	LIVRAISON DE COURSES	22
3.3.4	COIFFURE A DOMICILE	22
3.3.5	PORTAGE D'ESPECES	22
3.4	PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES	22
3.5	ENVELOPPE DE SERVICES	22
3.6	ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS)	
	OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE) IMMOBILISES AU DOMICILE	
3.7	TELEASSISTANCE	22
3.8	AIDE AU RETOUR A L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE OU SCOLAIRE	
3.9	BILAN SOCIAL	22
3.10	BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE	22
3.11	SERVICE TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE	22
3.12	AIDE AU DEMENAGEMENT	22
3.13	NETTOYAGE DU LOGEMENT	23
3.14	CASE MANAGEMENT	23
4.1	TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX	23
5.	LES + FAMILLE	23
5.1	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU	
	ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)	23
5.2	CONDUITE A L'ECOLE	23
5.3	CONDUITE AUX ACTIVITES EXTRA-SCOLAIRES	23
5.4	SOUTIEN SCOLAIRE CHEZ UN PROCHE	23
5.5	AIDE AUX DEVOIRS	23
5.6	DEPLACEMENT D'UN PROCHE POUR GARDE D'ENFANTS	24
5.7	GARDE DES FRERES ET SOEURS	24
5.8	SOUTIEN SCOLAIRE	24
5.9	PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS	24
6.	EN CAS DE MALADIE REDOUTEE / PATHOLOGIE LOURDE	24
6.1	ENVELOPPE DE SERVICES	24
6.2	ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS)	
	OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE) IMMOBILISES AU DOMICILE	
6.3	BILAN SOCIAL	25
6.4	BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE	25
6.5	SERVICES TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE	25
6.6	AIDE AU DEMENAGEMENT	25
6.7	NETTOYAGE DU DOMICILE	25
6.8	TELEASSISTANCE	25
6.9	AIDE AU RETOUR A L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE OU SCOLAIRE	
6.10	AIDE AUX DEVOIRS	26
6.11	PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS	26
6.12	PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES	26
6.13	CASE MANAGEMENT	26
6.14	SOUTIEN SCOLAIRE	26
7.	EN CAS DE DECES	26
7.1	RAPATRIEMENT DE CORPS	26

7.2	DEPLACEMENT D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE SUR LE LIEU	
DU DECES		26
7.3	RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS DE L'ASSURE DECEDE	26
7.4	AIDE A DOMICILE	26
7.5	SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	27
7.6	AIDE AU DEMENAGEMENT	27
7.7	NETTOYAGE DU DOMICILE	27
7.8	AIDE A LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNERAIRE	27
7.9	ACCOMPAGNEMENT SUITE AU DECES	27
7.10	AVANCE DE FONDS	27
7.11	PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES	27
7.12	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU	
ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)		27
7.13	CONDUITE A L'ECOLE	27
7.14	PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS	27
8.	LES + CONSEILS	27
8.1	RECUEIL DES VOLONTES	27
8.2	CONSEIL SOCIAL	27
8.3	INFORMATIONS JURIDIQUES	28
8.4	INFORMATIONS MEDICALES	28
8.5	RECHERCHE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT	
PARAMEDICAL		28
8.6	SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	28
9.	CHIRURGIE AMBULATOIRE	27
9.1	AIDE A DOMICILE	27
9.2	PRESENCE D'UN PROCHE	27
9.3	SERVICE DE PROXIMITE	27
9.4	TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE	27
9.5	TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	28
9.6	CONDUITE A L'ECOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS	28
9.7	CONDUITE AUX ACTIVITES EXTRASCOLAIRES	28
9.8	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS	
LIMITE D'AGE)		28
9.9	GARDE DES FRERES ET SOEURS (enfant accidenté ou malade)	28
10.	LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES	28
10.1	INFRACTION	28
10.2	FORCE MAJEURE	28
10.3	REFUS DU BENEFICIAIRE	29
10.4	EXCLUSIONS	29
11.	VIE DU CONTRAT	29
11.1	DUREE DES GARANTIES	29
11.2	RESILIATION	29
11.3	COTISATIONS	29
11.3.1	MONTANT DE LA COTISATION	29
11.3.2	PAIEMENT DES COTISATIONS	29
11.4	SUBROGATION	29
11.5	PRESCRIPTION	29
11.6	PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	30
11.7	RECLAMATION ET MEDIATION	30

Titre I - CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

SECUR'Famille 2

REFERENCES 124SEF.002

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par BPCE auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance agissant en qualité d'assureur du contrat

LEXIQUE

ACCIDENT

Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure et étrangère à la volonté de l'Assuré. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire de la garantie.

Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que ne sont pas considérés comme un Accident :

- le suicide ;
- l'infection nosocomiale ;
- les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

ACTE AUTHENTIQUE

Acte écrit, établi par un officier public (en général un notaire) dont les affirmations font foi.

ACTE SOUS SEING PRIVE

Acte écrit, daté, rédigé par un particulier et comportant sa signature.

ADHÉRENT

Personne physique titulaire d'un compte ou produit bancaire dans un établissement du Groupe BPCE, effectuant le versement des cotisations. L'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne physique.

ADHÉSION

Dans un contrat d'assurance de groupe, fait d'adhérer à titre individuel.

ASSURÉ

Personne physique sur laquelle repose le risque. L'assuré et l'adhérent sont une seule et même personne physique.

AVENANT

Document contractuel constatant toute modification liée aux garanties et apportée au contrat.

BÉNÉFICIAIRE(S)

En cas de décès : personne(s) désignée(s) par l'adhérent pour recevoir les prestations.

En cas de PTIA ou de maladie redoutée : l'adhérent.

BENEFICIAIRE ACCEPTANT

Modalités de l'acceptation du bénéficiaire

Le bénéficiaire du contrat ne peut devenir bénéficiaire acceptant que lorsque l'adhérent y consent et lui donne expressément son accord. L'acceptation est faite par un avenant signé par l'entreprise d'assurance, par l'adhérent et par le bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé par l'adhérent et par le bénéficiaire et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir qu'après l'expiration du délai de trente jours calendaires révolus suivant l'émission du certificat d'adhésion.

Conséquences de l'acceptation du bénéficiaire

Conformément aux dispositions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances, l'acceptation du bénéficiaire rend la désignation de ce bénéficiaire déterminé irrévocable : cela signifie que la modification de la stipulation faite au profit du bénéficiaire n'est possible qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document à valeur contractuelle confirmant l'acceptation par l'assureur de la demande d'adhésion et sur lequel figurent notamment les nom, prénom, adresse de l'adhérent, les garanties choisies, leurs montants, les raison sociale et mention légale de l'assureur.

CONJOINT

Personne à laquelle l'adhérent est uni par les liens du mariage. C'est uniquement en cas de prononcé de divorce que le conjoint perd cette qualité. En cas de séparation de corps ou de procédure de divorce en cours mais non aboutie, les conjoints conservent cette qualité. Si l'adhérent souhaite exclure son conjoint en cas de séparation de corps ou de procédure de divorce, il devra le préciser expressément lors de la rédaction de sa clause bénéficiaire.

(DATE DE) CONSOLIDATION

Date à laquelle l'état de santé de l'assuré s'est stabilisé, les conséquences de l'accident ou de la maladie deviennent permanentes et présumées définitives.

COTISATIONS

Sommes versées par l'adhérent en contrepartie de l'engagement de l'assureur.

COUVERTURE PROVISOIRE

Garanties en cas de décès accidentel ou de PTIA accidentelle de l'assuré survenu pendant la période d'examen du dossier d'adhésion par l'assureur.

DATE D'EFFET (DE L'ADHÉSION)

Date à laquelle l'adhésion entre en vigueur.

DÉLAI DE CARENCE

Période qui suit la date d'adhésion et pendant laquelle l'assuré n'est pas couvert contre le ou les risques garantis.

ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

La date d'échéance anniversaire du contrat correspond au premier jour du mois suivant la date d'effet de l'adhésion.

ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE (VENTE A DISTANCE)

Date d'enregistrement de l'adhésion dans le système d'information de l'assureur.

EXCLUSIONS

Situations pour lesquelles le risque n'est pas couvert par le contrat d'assurance.

FICHE DE SANTE

Document par lequel l'assureur recueille les informations lui permettant d'évaluer l'état de santé d'une personne lors de l'adhésion au contrat ou de la demande de garantie.

FONDS DE REVALORISATION

Provision dont l'objet est de protéger les assurés bénéficiaires d'une rente contre le risque d'érosion monétaire. Il est destiné à couvrir les revalorisations futures des prestations périodiques des rentes en service.

HÉRITIERS

Au sens large, personne(s) qui succède(nt) au défunt par l'effet soit de la loi, soit du testament.

Pour information : en cas de désignation des « héritiers » comme bénéficiaires, le conjoint de l'assuré, non divorcé, mais éventuellement séparé de corps au moment du décès, fait partie des héritiers.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La PTIA est l'impossibilité définitive pour l'assuré, par suite d'invalidité, d'exercer une profession quelconque et/ou une activité pouvant lui procurer un gain ou un profit, et dans l'obligation de recourir, définitivement et de façon constante pour le reste de sa vie, à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer). La PTIA ouvre droit au paiement du capital assuré et met fin à l'adhésion.

PRESTATION D'ASSURANCE

Somme versée par l'assureur suite à la réalisation du risque couvert.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (QSS)

Document par lequel l'assuré répond à des questions posées par l'assureur sur son état de santé. En cas de réponse positive, la fiche de santé doit être complétée.

QUOTE-PART

Élément de la cotisation servant à la couverture d'un risque spécifique lié à l'assuré.

RISQUE

Événement donnant lieu au versement des prestations garanties par l'assureur et à la réalisation des prestations d'assistance par l'assisteuse.

VENTE A DISTANCE

Technique de commercialisation sans présence physique et simultanée des parties jusqu'à la conclusion du contrat.

1. CARACTERISTIQUES PRINCIPALES

1.1 NATURE

SECUR'Famille 2 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par BPCE auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance agissant pour le compte du Réseau des Banques Populaires et des établissements affiliés.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459- 75436 Paris Cedex 09.

Il relève des branches 1 (accidents), 2 (maladie) et 20 (vie-décès) du Code des assurances.

BPCE (souscripteur) du contrat SECUR'Famille 2 détient indirectement une partie du capital de BPCE Vie et BPCE Prévoyance.

Ce contrat d'assurance de groupe prend effet le 1^{er} janvier 2019 pour une période indéterminée.

L'adhésion à ce contrat d'assurance de groupe est effectuée à titre individuel. Elle est réservée aux clients titulaires d'un compte ou produit bancaire dans un établissement du Groupe BPCE.

En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, l'adhésion sera maintenue jusqu'à la prochaine échéance de cotisation qui suit cet événement.

La langue applicable au contrat est la langue française.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'assureur et l'adhérent sont régies par le droit français.

Des garanties et prestations complémentaires pourront être proposées ultérieurement. Elles feront l'objet d'un avenant au contrat d'assurance de groupe.

En cas de modification du contrat d'assurance de groupe, l'adhérent en sera informé par courrier simple au moins trois mois avant son entrée en vigueur. A la réception de cette information, si du fait de cette modification, l'adhérent ne souhaite pas poursuivre son adhésion, il peut en demander la résiliation dans un délai de 30 jours. La résiliation prend effet à la prochaine échéance de cotisation qui suit la date de réception par l'assureur.

1.2 OBJET

SECUR'Famille 2 propose le choix entre trois formules : la formule « Initial », la formule « Confort » et la formule « Optimal ». Le niveau de couverture est différent selon ces trois formules.

Le contrat SECUR'Famille 2 a pour objet de garantir le versement :

- si la formule « Initial » est choisie :
 - d'un capital et/ou d'une rente éducation en cas de décès,
 - ou
 - d'un capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).
- si la formule « Confort » est choisie :
 - d'un capital et/ou d'une rente éducation, en cas de décès en l'absence d'une maladie redoutée indemnisée,
 - ou
 - d'un capital en cas de PTIA en l'absence d'une maladie redoutée indemnisée,

- ou
- d'un capital correspondant à 20% du capital choisi par l'adhérent, en cas de survenance d'une maladie redoutée telle que définie au paragraphe 2.2 Risques garantis – Montant des garanties, et 80% du capital choisi par l'adhérent en cas de décès ou de PTIA survenu après l'indemnisation d'une maladie redoutée. En cas de décès, le capital est versé en une seule fois ou sous forme de rente éducation au choix de l'adhérent
- si la formule « Optimal » est choisie :
 - d'un capital et/ou d'une rente éducation, en cas de décès en l'absence d'une maladie redoutée indemnisée,
 - ou
 - d'un capital en cas de PTIA en l'absence d'une maladie redoutée indemnisée,
 - ou
 - d'un capital correspondant à 20% du capital choisi par l'adhérent, en cas de survenance d'une maladie redoutée telle que définie au paragraphe 2.2 Risques garantis – Montant des garanties, et 80% du capital choisi par l'adhérent en cas de décès ou de PTIA survenu après l'indemnisation d'une maladie redoutée. En cas de décès, le capital est versé en une seule fois ou sous forme de rente éducation au choix de l'adhérent.
 - ou
 - du capital et/ou de la rente éducation choisi(s) par l'adhérent doublé(e) en cas de décès ou PTIA suite à un accident.

1.3 INTERVENANTS

L'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne physique qui répond aux conditions d'adhésion reprises au paragraphe 1.4 Adhésion.

Le ou les bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré est (sont) désigné(s) par l'adhérent à l'adhésion ou en cours de vie du contrat sous certaines conditions reprises au paragraphe 2.5 Désignation des bénéficiaires et acceptation. Le bénéficiaire en cas de PTIA ou d'une maladie redoutée est l'adhérent lui-même.

Les assureurs sont :

- BPCE Vie, société anonyme au capital de 161 469 776 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 349 004 341 RCS Paris,
 - BPCE Prévoyance, société anonyme au capital de 13 042 257,50 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 352 259 717 RCS Paris,
- Entreprises régies par le Code des assurances, dont le siège social est 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 PARIS, ci-après dénommés, « l'assureur ».

Le souscripteur du contrat d'assurance de groupe est BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 157 697 890 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042 Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 inscrite à l'ORIAS sous le n°08 045100, agissant en sa qualité d'organe central des Caisses d'Epargne et des Banques Populaires par application de l'article L512-107 du Code monétaire et financier.

La Société a pour mission d'orienter et de promouvoir l'activité et le développement du groupe coopératif constitué par le Réseau des Caisses d'Epargne et de Prévoyance et le Réseau des Banques Populaires, les Etablissements Affiliés, ainsi que, plus généralement, les autres entités dont elle détient le contrôle.

La Société a pour objet :

- 1° - d'être l'organe central du Réseau des Caisses d'Epargne et du Réseau des Banques Populaires et des Etablissements Affiliés, au sens du Code monétaire et financier. A ce titre, et en application des articles L. 511-31 et suivants et de l'article L. 512-107 du Code monétaire et financier, elle est notamment chargée :
 - de définir la politique et les orientations stratégiques du Groupe ainsi que de chacun des Réseaux qui le constituent ;
 - de coordonner les politiques commerciales de chacun de ces Réseaux et de prendre toute mesure utile au développement du Groupe, notamment en acquérant ou en détenant les participations stratégiques ;
 - de représenter le Groupe et chacun des Réseaux pour faire valoir leurs droits et intérêts communs, notamment auprès des organismes de place, ainsi que de négocier et de conclure les accords nationaux ou internationaux ;
 - de représenter le Groupe et chacun des Réseaux en qualité d'employeur pour faire valoir leurs droits et intérêts communs ainsi que de négocier et de conclure en leur nom les accords collectifs de branche ;
 - de prendre toutes mesures nécessaires pour garantir la liquidité du Groupe ainsi que de chacun des Réseaux et à cet effet, de déterminer les règles de gestion de la liquidité du Groupe notamment en définissant les principes et modalités du placement et de la gestion de la trésorerie des établissements qui le composent et les conditions dans lesquelles ces établissements peuvent effectuer des opérations avec d'autres établissements de crédit ou entreprises d'investissement, réaliser des opérations de titrisation ou encore émettre des instruments financiers et de réaliser toute opération financière nécessaire à la gestion de la liquidité ;
 - de prendre toutes mesures nécessaires pour garantir la solvabilité du Groupe ainsi que de chacun des Réseaux, notamment en mettant en œuvre les mécanismes appropriés de solidarité interne du Groupe et en créant un fonds de garantie commun aux deux Réseaux dont il détermine les règles de fonctionnement, les modalités d'intervention en complément des fonds prévus par les articles L. 512-12 et L. 512-86-1, ainsi que les contributions des Etablissements Affiliés pour sa dotation et sa reconstitution ;
 - de définir les principes et conditions d'organisation du dispositif de contrôle interne du Groupe et de chacun des Réseaux ainsi que d'assurer le contrôle de l'organisation, de la gestion et de la qualité de la situation financière des Etablissements Affiliés notamment au travers de contrôles sur place dans le cadre du périmètre d'intervention défini au quatrième alinéa de l'article L. 511-31 ;
 - de définir la politique et les principes de gestion des risques ainsi que les limites de ceux-ci pour le Groupe et chacun des Réseaux et d'en assurer la surveillance permanente sur base consolidée ;
 - d'approuver les statuts des Etablissements Affiliés et des sociétés locales d'épargne ainsi que les modifications devant y être apportées ;
 - d'agréer les personnes appelées, conformément à l'article L. 511-13, à assurer la détermination effective de l'orientation de l'activité des Etablissements Affiliés ;
 - d'appeler les cotisations nécessaires à l'accomplissement de ses missions d'organe central ;
 - de veiller à l'application, par les Caisses d'Epargne et de Prévoyance, des missions énoncées à l'article L. 512-85.
- 2° - d'être un établissement de crédit agréé en qualité de banque. A ce titre, elle exerce, tant en France qu'à l'étranger, les compétences conférées aux banques par le Code monétaire et financier, et fournit les services d'investissement prévus aux articles L. 321-1 et L. 321-2 du Code précité ; elle exerce la fonction de caisse centrale des Réseaux et plus généralement du Groupe ;
- 3° - d'être un intermédiaire en assurance, notamment courtier en assurance, conformément à la réglementation en vigueur ;
- 4° - d'exercer l'activité d'intermédiaire en transactions immobilières, conformément à la réglementation en vigueur ;
- 5° - de prendre des participations, tant en France qu'à l'étranger, dans toutes sociétés, françaises ou étrangères, tous groupements ou associations concourant aux objets ci-dessus ou au développement du Groupe, et plus généralement, effectuer toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à ces objets et susceptibles d'en faciliter le développement ou la réalisation.

1.4 ADHESION

L'adhésion au contrat SECUR'Famille 2 peut être réalisée soit en agence, soit par vente à distance, l'établissement bancaire intervenant en qualité d'intermédiaire en assurance.

L'adhésion est ouverte à toute personne physique majeure capable, résidente fiscale française, âgée de 69 ans maximum à la date d'effet de l'adhésion pour les formules « Confort » et « Optimal » et âgée de 85 ans maximum à la date d'effet de l'adhésion pour la formule « Initial ».

L'adhérent doit être titulaire d'un compte ou produit bancaire dans un établissement du Groupe BPCE.

Pour l'application du contrat, l'âge de l'assuré est l'âge révolu calculé selon la date de naissance.

Dans le cas d'une erreur sur l'âge de l'assuré, cette erreur n'entraîne la nullité de l'adhésion que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur, conformément aux dispositions de l'article L132.26 du Code des assurances.

Dans les autres cas, suite à une erreur sur l'âge, le contrat doit être adapté par une diminution de la prime ou de la prestation :

- si la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital est réduit en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré ;
- si, inversement, la cotisation payée est supérieure à celle qui aurait dû être acquittée, l'assureur restituera la fraction de la prime perçue en trop sans intérêt.

Les formalités d'adhésion :

Le bulletin d'adhésion, le mandat SEPA, le questionnaire de santé simplifié ou la fiche de santé et le questionnaire technique et financier doivent être signés et transmis à l'assureur. A défaut de signature et de transmission de l'un de ces documents dans le délai de 30 jours à compter de la date de la demande d'adhésion, l'adhésion est considérée comme non conforme et non acceptée et la couverture provisoire ne prend alors pas effet.

L'assuré doit remplir des formalités d'adhésion. Ces formalités varient en fonction de son état de santé, de son âge, du montant du capital garanti et de la formule choisie en tenant compte, le cas échéant, du montant cumulé des capitaux garantis au titre des adhésions aux contrats conclus pour le même risque auprès du même assureur.

- L'adhérent complète et signe le bulletin d'adhésion.

L'adhérent doit en outre compléter et signer le questionnaire de santé simplifié qui est joint au bulletin d'adhésion. **Le questionnaire de santé simplifié ou la fiche de santé et le questionnaire technique et financier le cas échéant sont des pièces obligatoires à fournir sans lesquelles l'Assureur ne peut prendre sa décision.**

Lorsque l'assuré est en mesure de répondre négativement aux questions du questionnaire de santé simplifié, l'acceptation du risque par l'assureur est immédiate.

Lorsque l'assuré n'est pas en mesure de répondre négativement à l'ensemble des questions du questionnaire de santé simplifié, ou si la garantie demandée l'exige, il remplit et signe une fiche de santé. Le médecin-conseil procède à l'examen du dossier.

Selon les éléments fournis par l'adhérent dans la fiche de santé, certains documents et examens médicaux pourront être demandés, leurs résultats seront communiqués au médecin-conseil de l'Assureur.

A défaut, l'Assureur ne disposant pas des éléments nécessaires à l'analyse de la demande de l'adhérent, ne pourra répondre favorablement à la demande d'adhésion.

Le médecin-conseil procède à l'examen du dossier. A réception du dossier complet et conforme de la demande d'adhésion, l'Assureur peut :

- **Accepter la demande d'adhésion à des conditions normales ;**
- **Accepter la demande d'adhésion à des conditions spéciales** (application d'un complément de cotisation et/ou limitation du champ d'application des garanties). Dans ce cas, l'assureur adresse à l'adhérent une contre-proposition d'assurance. L'adhérent dispose, dès l'émission de cette contre-proposition, d'un délai de trente jours calendaires pour accepter les conditions spéciales en renvoyant un exemplaire daté et signé de cette contre-proposition à l'assureur. En cas de non-retour de cette contre-proposition d'assurance signée dans ce délai ou en cas de refus des conditions spéciales de la part de l'adhérent, l'adhésion est considérée comme non acceptée par l'assureur et la couverture provisoire cesse de produire tout effet (cf. paragraphe 2.2.1 Couverture provisoire) ;
- **Refuser la demande d'adhésion.** L'adhésion et la couverture provisoire cessent de produire tout effet à compter de l'envoi dudit refus (cf. paragraphe 2.2.1 Couverture provisoire).

Pour une demande d'adhésion portant sur des capitaux de montant important, quels que soient l'âge de l'assuré et la formule choisie, l'assureur peut demander à l'assuré de remplir un questionnaire technique et financier, en tenant compte le cas échéant du montant cumulé des capitaux garantis au titre de l'ensemble des adhésions contractées auprès de l'assureur.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhésion est nulle, conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances.

Date d'effet de l'adhésion :

En cas d'adhésion en agence, l'adhésion est conclue, sous réserve de l'encaissement de la cotisation initiale et de la réception du dossier complet et conforme par l'assureur (bulletin d'adhésion, mandat SEPA, et questionnaire de santé simplifié ou fiche de santé et questionnaire technique et financier le cas échéant, remplis et signés par l'adhérent/assuré):

- Si l'assuré répond négativement au questionnaire de santé simplifiée, l'adhésion est conclue et prend effet à la date de la signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent ;
- Si l'acceptation est donnée à des conditions normales, l'adhésion est conclue et prend effet à la date de la notification de l'acceptation du risque par l'assureur ;
- Si l'acceptation est donnée à des conditions spéciales, l'adhésion est conclue et prend effet à la date de réception par l'assureur de la contre-proposition d'assurance datée et signée par l'adhérent (sous réserve d'avoir été réceptionnée dans les délais impartis).

Cette date est mentionnée dans le certificat d'adhésion.

Une couverture provisoire est accordée à l'assuré pour la durée s'écoulant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de l'adhésion si celle-ci est différente à la condition de la réception par l'assureur du dossier complet et conforme.

Pendant cette période, l'assuré est couvert pour les seuls risques d'origine accidentelle dans la limite du montant du capital contracté plafonné à 100 000 euros, suivant les modalités définies au paragraphe 2.2.1 Couverture provisoire, pendant au maximum trois mois à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion à condition que le bulletin d'adhésion, la fiche de santé et le questionnaire technique et financier et les conditions spéciales le cas échéant aient été retournés signés à l'assureur.

Tous sinistres intervenus à l'issue de la période de couverture provisoire ne seront pas couverts par l'assureur si l'adhésion n'est pas conclue.

L'adhésion est annulée rétroactivement si les informations nécessaires et les pièces demandées dans le bulletin d'adhésion ou dans les conditions générales valant notice d'information n'ont pas été transmises à l'assureur dans un délai de trente jours à compter de la date de la demande d'adhésion dans le cas d'une adhésion en agence. L'assureur rembourse alors à l'adhérent l'intégralité des cotisations versées.

En cas de demande de pièces médicales et/ou d'examens médicaux complémentaires, l'adhérent/assuré dispose d'un délai de trois mois à compter de la demande d'adhésion pour retourner les pièces médicales demandées et procéder aux examens médicaux complémentaires. A défaut du renvoi des pièces et examens médicaux complémentaires dans le délai de trois mois, l'adhésion est annulée par l'assureur et la couverture provisoire cesse de produire tout effet.

En cas de vente à distance, l'adhésion est conclue selon les dispositions spécifiques prévues au paragraphe 4.3 Vente à distance.

La date d'effet de l'adhésion peut être différente de la date d'effet des garanties, celles-ci sont indiquées dans le paragraphe 2.2.3 Prise d'effet des garanties.

La demande d'adhésion qui est remise à l'adhérent, comprenant les présentes conditions générales valant notice d'information, le bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé simplifié ou la fiche de santé et le questionnaire technique et financier et les conditions spéciales le cas échéant, constitue la proposition d'assurance et deviendra le contrat d'assurance à l'émission du certificat d'adhésion. Le certificat d'adhésion sera envoyé à l'adhérent et reprendra les choix que l'adhérent a exprimé au moyen du bulletin d'adhésion.

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat d'assurance de groupe. Les avenants au contrat d'assurance de groupe sont adoptés d'un commun accord entre le souscripteur et l'assureur.

Toute modification apportée au présent contrat par l'assureur ou le souscripteur sera effectuée conformément à l'article L.141-4 du code des assurances et sera notifiée à l'adhérent au minimum trois mois avant sa date prévue d'entrée en vigueur. L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

1.5 FISCALITE DU CONTRAT

Le contrat est régi par la réglementation fiscale française. Les capitaux accordés en exécution de l'adhésion à SECUR'Famille 2 bénéficient de la fiscalité de l'assurance vie détaillée dans l'annexe fiscale jointe aux présentes conditions générales valant notice d'information.

1.6 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Comme tous les établissements de crédit et toutes les compagnies d'assurance, l'établissement bancaire et l'assureur sont soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption conformément aux dispositions du Code monétaire et financier modifié par l'Ordonnance n°2016-1635 du 1^{er} décembre 2016.

En conséquence, l'établissement bancaire a, en sa qualité d'intermédiaire en assurance, l'obligation d'identifier les clients de contrats d'assurance et de se renseigner sur l'origine des fonds. Ces informations sont recueillies par l'établissement bancaire et transmises à l'assureur.

Des pièces justificatives pourront, le cas échéant, être demandées à l'adhérent.

En vertu du Code monétaire et financier et du Code des assurances, en cas de doute sur l'origine des fonds ou d'éléments insuffisants concernant l'identification et la connaissance client, l'assureur se réserve le droit de refuser l'opération et/ou de rompre la relation d'affaire.

2. VIE DE L'ADHESION

2.1 DUREE DE L'ADHESION

L'ADHESION A SECUR'FAMILLE 2 EST D'UNE DUREE ANNUELLE.

L'ADHESION EST EFFECTIVE POUR LA DUREE RESTANT A COURIR JUSQU'AU DERNIER JOUR DU MOIS D'ADHESION DE L'ANNEE SUIVANTE. L'ADHESION EST ENSUITE RENOUVELABLE CHAQUE ANNEE PAR TACITE RECONDUCTION, AU 1^{ER} JOUR DU MOIS SUIVANT LE MOIS D'ADHESION AU CONTRAT, SOUS RESERVE DU PAIEMENT DES COTISATIONS.

L'ADHESION PEUT ETRE MAINTENUE JUSQU'A L'ECHEANCE ANNIVERSAIRE DU CONTRAT SUIVANT LE 89^{EME} ANNIVERSAIRE DE L'ASSURE, SOUS RESERVE DU PAIEMENT DES COTISATIONS.

Elle cesse dans les cas énumérés au paragraphe 2.8 Résiliation – Fin des garanties et de l'adhésion.

La cessation du contrat d'assurance met fin au contrat d'assistance.

2.2 RISQUES GARANTIS – MONTANT DES GARANTIES

2.2.1 COUVERTURE PROVISOIRE

Pendant l'examen de la demande d'adhésion par l'assureur, une couverture provisoire est accordée dès la signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par l'assureur du dossier complet et conforme requis.

Rappel : en cas de dossier incomplet ou non conforme, à savoir si le bulletin d'adhésion, le mandat SEPA, le questionnaire de santé simplifié ou la fiche de santé et le questionnaire technique et financier le cas échéant ne sont pas retournés complétés et signés par l'adhérent/assuré à l'assureur dans les 30 jours à compter de la date de la demande d'adhésion, la couverture provisoire ne prend pas effet et l'adhésion est considérée comme non acceptée par l'assureur.

Si le bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé simplifié ou la fiche de santé et le questionnaire technique et financier le cas échéant ne sont pas retournés signés à l'assureur, la couverture provisoire ne prend pas effet et l'adhésion est considérée comme non acceptée par l'assureur.

Elle La couverture provisoire garantit, en cas de décès accidentel ou de PTIA accidentelle de l'assuré, le versement du capital choisi à l'adhésion dans la limite de 100 000 euros.

La garantie doublement du capital garanti de la formule « Optimal » figurant au paragraphe 1.2 n'est pas accordée pendant la couverture provisoire.

Cette couverture provisoire cesse d'être accordée :

- à l'issue du délai de trois mois imparti à l'adhérent pour fournir à l'assureur les pièces médicales complémentaires et procéder aux examens médicaux complémentaires ;
- à l'issue du délai de trois mois à compter de la signature du bulletin d'adhésion ;
- en cas de contre-proposition d'assurance non retournée signée par l'adhérent dans les trente jours calendaires suivant son émission ;
- à la date de notification par l'assureur du refus de la demande d'adhésion, lorsque l'examen du dossier ne permet pas de donner une suite favorable ;
- à réception de la lettre de renonciation à l'adhésion (paragraphe 4.2 Faculté de renonciation à l'adhésion) ;
- le jour de la date de conclusion de l'adhésion.

2.2.2 GARANTIES ET MONTANT DES GARANTIES

Le contrat SECUR' Famille 2 propose trois niveaux de couverture selon la formule choisie.

• La formule « Initial »

La formule « Initial » garantit le versement d'un capital en cas de décès ou de PTIA. En cas de décès, le capital peut être versé sous la forme d'un capital, d'une rente éducation ou d'un panachage entre les deux au choix de l'adhérent.

• La formule « Confort »

La formule « Confort » garantit le versement :

- d'un capital en cas de décès ou de PTIA, en l'absence d'une maladie redoutée indemnisée. En cas de décès, le capital peut être versé sous la forme d'un capital, d'une rente éducation ou d'un panachage entre les deux au choix de l'adhérent.

Ou

de 20,00 % du capital choisi par l'adhérent, en cas de survenance d'une maladie redoutée telle que définie ci-après, et 80,00 % du capital choisi par l'adhérent en cas de décès ou de PTIA survenu après l'indemnisation d'une maladie redoutée. L'adhérent recevra, en une seule fois sous forme de capital, le montant du capital de la garantie maladie redoutée (20,00 % du capital choisi). La garantie maladie redoutée n'est valable qu'une seule fois au titre de l'adhésion. En cas de décès, le montant du capital restant (80,00 % du capital choisi) est versé soit en une seule fois sous forme de capital soit ~~ou~~ sous forme de rente éducation au choix de l'adhérent.

• La formule « Optimal »

La formule « Optimal » garantit le versement :

- d'un capital en cas de décès ou de PTIA, en l'absence d'une maladie redoutée indemnisée. En cas de décès, le capital peut être versé sous la forme d'un capital, d'une rente éducation ou d'un panachage entre les deux au choix de l'adhérent.

Ou

- de 20,00 % du capital choisi par l'adhérent, en cas de survenance d'une maladie redoutée telle que définie ci-après, et 80,00 % du capital choisi par l'adhérent en cas de décès ou de PTIA survenu après l'indemnisation d'une maladie redoutée. L'adhérent recevra, en une seule fois sous forme de capital, le montant du capital de la garantie maladie redoutée (20,00 % du capital choisi). La garantie maladie redoutée n'est valable qu'une seule fois au titre de l'adhésion. En cas de décès, le montant du capital restant (80,00 % du capital choisi) est versé soit en une seule fois sous forme de capital soit sous forme de rente éducation au choix de l'adhérent.

Ou

- du capital et/ou de la rente éducation choisi(s) par l'adhérent doublé(e) en cas de décès ou de PTIA suite à un accident.

Liste exhaustive et définitions des maladies redoutées garanties:

Infarctus du myocarde

- **est garanti :**
l'infarctus du myocarde confirmé cliniquement, électriquement (modifications aiguës de la repolarisation), enzymatiquement (Troponine, CPK) ayant fait l'objet d'une prise en charge en milieu spécialisé et de soins spécifiques.

Chirurgie des artères coronaires

- **est garantie :**
l'intervention à thorax ouvert destinée à traiter, à l'aide d'un ou plusieurs greffons, la sténose ou la thrombose d'une ou plusieurs artères coronaires. L'atteinte d'un ou plusieurs troncs coronaires doit être confirmée par une imagerie.
- **SONT EXCLUES DE LA GARANTIE :**
 - o L'ANGIOPLASTIE,
 - o LA THROMBOLYSE.

Accident vasculaire cérébral

- **sont garanties :**
les atteintes vasculaires cérébrales ou médullaires ischémiques ou hémorragiques brutales. Les déficits neurologiques permanents (sur la base du score AVQ par exemple) doivent être confirmés par un spécialiste neurologue après une période d'au moins trois mois après l'évènement.
- **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :**
 - o LES ACCIDENTS ISCHEMIQUES TRANSITOIRES.

Cancer

- **sont garantis :**
les proliférations anarchiques et invasives de cellules malignes histologiquement caractérisées englobant les hémopathies malignes et le mélanome malin.
Les mélanomes malins sont couverts par cette assurance si la tumeur est de stade supérieur ou égal à pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm d'épaisseur ou avec ulcération ou niveau de Clark IV ou V).
- **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :**
 - o LA LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE (LLC),
 - o LE CANCER IN SITU, NON INVASIF,
 - o LE CANCER DE LA PEAU (HORS MELANOME MALIN) ET TOUTE TUMEUR SE DEVELOPPANT CHEZ UN SUJET INFECTÉ PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE.

Hémiplégie, paraplégie, tétraplégie

- **sont garanties :**
les pertes totales et permanentes de la fonction motrice de la moitié du corps (hémiplégie), des 2 membres inférieurs (paraplégie) ou des 4 membres (tétraplégie), dues à une maladie.
Le diagnostic sera retenu pour un état déficitaire persistant au-delà de 180 jours et doit être reconnu par un médecin neurologue.

Brûlures graves

- **sont garanties :**
les brûlures du 3ème degré touchant au moins 20% de la surface du corps et traitées dans un centre spécialisé.
Le diagnostic doit être confirmé par certificat d'un chirurgien spécialisé ou émanant d'un service hospitalier de grands brûlés.

Quelle que soit la formule, l'adhérent choisit le montant du capital garanti. Il doit être au minimum de 20 000 euros en respectant des tranches de 1 000 euros.

Le montant du capital garanti peut être modifié en cours d'adhésion, conformément au paragraphe 2.7 Avenants.

Le capital est versé :

- soit au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le bulletin d'adhésion ou le dernier avenant, en cas de décès de l'assuré pendant la durée de l'adhésion,
- soit à l'assuré, en cas de PTIA ou de survenance d'une maladie redoutée.

Les modalités de versement des prestations sont décrites au paragraphe 3.3 Modalités de versement des prestations.

Pour rappel, aucune participation aux bénéfices techniques et financiers visés par l'article L 132-5 du Code des assurances n'est attribuée à l'assuré au titre du présent contrat.

2.2.3 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties décès et PTIA prennent effet à la date d'effet de l'adhésion (paragraphe 1.4 Adhésion).

La garantie maladie redoutée prend effet au terme d'un délai de carence de trois mois à compter de la date d'effet de l'adhésion. En cas de survenance d'une maladie redoutée durant le délai de carence, aucune prestation n'est due. L'assureur met fin à la garantie maladie redoutée et la part de cotisation déjà payée au titre de cette garantie est remboursée. L'assuré est alors couvert pour les seules garanties :

- décès et PTIA s'il détient une formule « Confort »,
- décès, PTIA et doublement du capital en cas de décès ou PTIA par suite d'accident s'il détient une formule « Optimal ».

2.2.4 OPTION D'INDEXATION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

A l'adhésion, l'adhérent a la possibilité d'opter pour une option d'indexation applicable à ses garanties et à ses cotisations à chaque échéance anniversaire du contrat dans les mêmes proportions que l'évolution annuelle du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée au 1^{er} juillet de l'année précédente.

La première évolution interviendra à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la date d'effet de l'adhésion.

Si l'option d'indexation des garanties et des cotisations n'est pas choisie à l'adhésion, elle ne peut pas être sélectionnée en cours de vie du contrat. En revanche, si l'option est choisie à l'adhésion, l'adhérent a la possibilité de refuser ultérieurement cette indexation de manière définitive. Pour ce faire, l'adhérent doit en avertir l'assureur au maximum deux mois avant la date de renouvellement de l'adhésion.

2.3 EXCLUSIONS

LES GARANTIES D'ASSURANCE NE JOUENT PAS SI LE DÉCÈS, LA PTIA OU LA MALADIE REDOUTÉE RÉSULTE :

- D'UN SUICIDE OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE SURVENANT AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE L'ADHÉSION OU POUR LA FRACTION DE CAPITAL AUGMENTÉ, AU COURS DE L'ANNÉE SUIVANT L'AUGMENTATION DES GARANTIES ;
- D'UNE DES ACTIVITÉS AÉRIENNES SUIVANTES : COMPÉTITIONS, DÉMONSTRATIONS, ACROBATIES, RAIDS, ACTIVITÉS DE NAVIGANT MILITAIRE, TENTATIVES DE RÉCORDS, VOLS SUR PROTOTYPES, SUR ULM (ULTRA LÉGER MOTORISÉ), SUR APPAREILS NON HOMOLOGUÉS, VOLS SUR AILES VOLANTES OU SUR PARAPENTES ;
- DE COMPÉTITIONS OU DE RALLYES DE VITESSE SUR DES VÉHICULES À MOTEUR ;
- DE FAITS DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, D'ÉMEUTES OU D'INSURRECTIONS, D'INTERVENTIONS DANS LE CADRE D'OPÉRATIONS INTERNATIONALES ;
- DES CONSÉQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DÉGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME ;
- DE L'USAGE DE SUBSTANCES OU PLANTES CLASSÉES COMME STUPEFIANTS EN APPLICATION DE L'ARTICLE L5132-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET QUI N'ONT PAS ÉTÉ PRÉSCRITES DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL ;
- D'UN TAUX D'ALCOOLÉMIÉ SUPÉRIEUR AU TAUX PRÉVU À L'ARTICLE L234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DÉLITS.

EXCLUSIONS PROPRES EN CAS DE PTIA : LA PTIA DE L'ASSURÉ N'EST PAS GARANTIE SI ELLE EST LA CONSÉQUENCE :

- D'AUTO-MUTILATIONS DE L'ASSURÉ OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

EXCLUSIONS PROPRES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE :

- EN CAS DE CHIRURGIE DES ARTERES CORONAIRES, SONT EXCLUES DE LA GARANTIE :
 - o L'ANGIOPLASTIE,
 - o LA THROMBOLYSE.
- EN CAS D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :
 - o LES ACCIDENTS ISCHEMIQUES TRANSITOIRES.
- EN CAS DE CANCER SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :
 - o LES LEUCEMIES LYMPHOIDES CHRONIQUES (LLC),
 - o LES CANCERS IN SITU NON INVASIF,
 - o LES CANCERS DE LA PEAU ET TOUTE TUMEUR SE DEVELOPPANT CHEZ UN SUJET INFECTE PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE.

2.4 ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier à condition que les séjours hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Saint Pierre et Miquelon n'excèdent pas trois mois continus. En cas d'accident ou de maladie survenu hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Saint Pierre et Miquelon, la reconnaissance de la PTIA de l'assuré ne peut avoir lieu qu'après le retour de l'assuré en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Saint Pierre et Miquelon.

2.5 DESIGNATION DES BENEFICIAIRES ET ACCEPTATION

L'adhérent peut désigner le ou les bénéficiaire(s) en cas de décès de son choix, à l'adhésion ou à tout moment au cours de l'adhésion (par avenant).

L'adhérent peut désigner le ou les bénéficiaire(s) de son choix directement sur le bulletin d'adhésion, ou sur une lettre manuscrite qui sera annexée audit bulletin (acte sous-seing privé) ou encore indiquer l'existence d'un acte authentique (testament ou dépôt de sa clause bénéficiaire au rang des minutes d'un notaire).

Lorsqu'un bénéficiaire est désigné, l'assureur recommande à l'adhérent de porter ses coordonnées sur le bulletin d'adhésion, sur l'acte sous seing privé ou sur l'acte authentique le désignant afin qu'en cas de décès, l'assureur puisse informer le bénéficiaire de la désignation effective faite à son profit.

L'assureur recommande à l'adhérent de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée ou que certaines informations ne sont plus d'actualité.

Cette modification peut intervenir à tout moment au cours de l'adhésion sous réserve de l'accord du bénéficiaire acceptant, le cas échéant.

Tant que l'adhérent est en vie, un bénéficiaire du contrat ne peut devenir bénéficiaire acceptant qu'à la double condition d'être un bénéficiaire déterminé et que l'adhérent y consente et lui donne expressément son accord.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir qu'après l'expiration du délai de trente jours calendaires révolus suivant l'émission du certificat d'adhésion.

Si l'adhérent consent à l'acceptation d'un ou de plusieurs bénéficiaires, **cette désignation devient irrévocable** conformément aux dispositions prévues par l'article L132-9 du Code des assurances.

L'assureur attire l'attention de l'adhérent sur le fait que les modalités et conséquences de l'acceptation du contrat par le ou les bénéficiaires détaillées dans le lexique au terme « bénéficiaire acceptant » concernent uniquement les bénéficiaires déterminés.

En l'absence de désignation de bénéficiaire, le capital décès est versé au conjoint de l'adhérent à la date du décès, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à ses héritiers selon les règles de la dévolution successorale.

L'ensemble de particularités concernant les bénéficiaires de la rente éducation est détaillé dans le paragraphe 3.1 Prestations.

2.6 COTISATIONS

2.6.1 MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation à l'adhésion est déterminé en fonction de la formule choisie, de la périodicité du règlement des cotisations, du montant du capital garanti, de l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion, par application d'un barème de base figurant en annexe et, dans certains cas, complété d'éventuelles majorations (surprimes) applicables au regard des garanties demandées et de l'étude de la demande de l'adhérent.

Les cotisations évoluent :

- avec l'âge atteint à chaque date d'échéance anniversaire du contrat ;
- avec l'évolution annuelle du point de retraite AGIRC-ARRCO en cas de souscription de l'adhérent à l'option d'indexation (paragraphe 2.2.4 Option d'indexation des garanties et des cotisations) ;
- en cas de demande de modification de la périodicité des cotisations ;
- en cas de demande de modification du capital garanti ou de changement de formule ;
- en cas de survenance d'une maladie redoutée pendant ou après le délai de carence, la cotisation sera recalculée à compter de la date de survenance de la maladie redoutée pour ne prendre en compte que les garanties décès, PTIA, et la garantie doublement du capital en cas de décès ou de PTIA accidentel si la formule « Optimal » a été choisie.

Le tarif est révisable chaque année au 1^{er} janvier en fonction des résultats techniques du contrat d'assurance de groupe. L'adhérent sera informé au plus tard trois mois avant l'échéance anniversaire de son adhésion, date à laquelle le nouveau montant de cotisation lui sera applicable. Si l'adhérent n'accepte pas le nouveau tarif, il peut résilier son adhésion.

En cas de souscription de plusieurs contrats d'assurance Assurance Famille, la cotisation due au titre du contrat d'assistance IMA est prélevée pour chaque contrat souscrit.

2.6.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

L'adhérent choisit la périodicité de ses cotisations. Elle peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Les cotisations sont payables d'avance.

La cotisation initiale est prélevée sur un compte ouvert au nom de l'adhérent auprès d'un établissement du réseau des Banques populaires ou d'un établissement affiliés. Elle correspond à une cotisation annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle selon la périodicité choisie.

L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation à l'adhésion est l'âge atteint, selon la date de naissance de l'assuré, à la date d'effet de l'adhésion.

Les cotisations ultérieures sont prélevées à partir d'un compte ouvert au nom de l'adhérent au début de chaque nouvelle période annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle selon la périodicité choisie. Ces périodes correspondent aux échéances de cotisation.

En cas de PTIA de l'assuré, les cotisations cessent d'être dues à la date de la reconnaissance par l'assureur de la consolidation de la PTIA.

2.6.3 DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur peut adresser à ce dernier une lettre recommandée valant mise en demeure. Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations

ou fractions de cotisation due(s) n'est(ne sont) toujours pas payée(s) 30 jours après la mise en demeure, les garanties d'assurance et d'assistance sont suspendues. La suspension de garanties entraîne la perte de tout droit aux garanties prévues par le contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension, les garanties seront remises en vigueur. A défaut de paiement, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité.

2.7 AVENANTS

En s'adressant à son établissement bancaire, l'adhérent peut demander :

- la modification de la clause bénéficiaire sous réserve des restrictions légales et des précisions mentionnées au paragraphe 2.5 Désignation des bénéficiaires et acceptation. Elle prend effet dès la signature de la demande, sous réserve d'être portée à la connaissance de l'assureur,
- la modification du capital garanti ou le changement de formule décrit au paragraphe 2.7.1 Modification du capital garanti ou changement de formule,
- la modification de la périodicité de paiement des cotisations décrite au paragraphe 2.7.2 Modification de la périodicité de paiement des cotisations,
- la modification de la répartition du versement du capital garanti et des rentes éducation,
- la modification de la périodicité de versement des rentes éducation décrite au paragraphe 3.3 Modalités de versement des prestations,
- l'arrêt définitif de l'indexation des garanties et des cotisations choisie à l'adhésion décrit au paragraphe 2.2.4 Option d'indexation des garanties et des cotisations.

2.7.1 MODIFICATION DU CAPITAL GARANTI OU CHANGEMENT DE FORMULE

L'adhérent peut demander jusqu'à l'âge de 69 ans :

- de modifier le capital garanti
- de changer de formule

Les conditions de la nouvelle garantie lui seront communiquées par écrit après étude et acceptation de sa demande par l'assureur.

Pour les formules « Confort » et « Optimal », en cas de survenance d'une maladie redoutée indemnisée ou non indemnisée, le capital garanti ne peut pas être augmenté.

Augmentation du capital garanti ou passage de la formule « Initial » à la formule « Confort » ou « Optimal » :

- cette demande est soumise à l'acceptation de l'assureur. L'adhérent doit remplir des formalités.
- cette demande prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :
 - à la date d'acceptation de la demande lorsque l'assuré est accepté aux conditions normales ;
 - à la date de réception par l'assureur de la contre-proposition d'assurance datée et signée par l'assuré lorsque ce dernier est accepté avec des conditions spéciales.
- les cotisations sont révisées en conséquence le 1^{er} du mois suivant la date d'effet de la demande.
 - Si cette date ne correspond pas à une échéance de cotisation, l'augmentation de cotisation est calculée au prorata temporis entre le 1^{er} du mois suivant la date d'effet de la demande et la prochaine échéance de cotisation.
- le montant de modification du capital garanti doit respecter des paliers de 1 000 euros.
 - en cas d'augmentation du capital garanti de la formule « Confort » ou « Optimal », **un nouveau délai de carence de trois mois à compter de la date de prise d'effet de l'avenant est appliqué à la fraction de capital garanti supplémentaire en cas de maladie redoutée.** En cas de survenance d'une maladie redoutée pendant ce délai de carence, aucun versement de prestation lié à l'avenant n'est effectué. De plus, la part de cotisation complémentaire payée au titre de la maladie redoutée suite à l'avenant est remboursée. Les cotisations des garanties décès, PTIA et doublement du capital en cas de décès ou de PTIA accidentel de la formule « Optimal » pour la fraction du capital garanti lié à l'avenant sont recalculées.
- en cas de passage de la formule « Initial » à la formule « Confort » ou « Optimal », un délai de carence de trois mois à compter de la date de prise d'effet de l'avenant est appliqué au capital garanti en cas de maladie redoutée.

Passage de la formule « Confort » à la formule « Optimal », ou inversement, sans augmentation du capital garanti :

- cette demande est soumise à l'acceptation de l'assureur,
- un nouveau montant de cotisation est calculé à partir du 1^{er} du mois suivant la date d'effet de l'avenant si celle-ci est différente de la date de prochaine échéance de cotisation.

Diminution du capital garanti ou passage de la formule « Confort » ou « Optimal » à la formule « Initial » :

- cette demande prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur.
- le montant minimum de modification doit respecter des paliers de 1 000 euros et le nouveau montant du capital garanti doit respecter le minimum de 20 000 euros.
- un nouveau montant de cotisation est calculé à partir du 1^{er} du mois suivant la date d'effet de l'avenant si celle-ci est différente de la date de prochaine échéance de cotisation.

2.7.2 MODIFICATION DE LA PERIODICITE DE PAIEMENT DES COTISATIONS

L'adhérent peut demander une modification de la périodicité de paiement des cotisations. La date d'effet de la demande correspond à la date de réception de la demande par l'assureur.

Attention, la modification de la périodicité de paiement des cotisations entraîne une révision de la cotisation due conformément au barème des cotisations applicables au jour de sa prise d'effet.

L'assureur informe l'adhérent par écrit du nouveau montant de cotisation.

2.8 RESILIATION – FIN DES GARANTIES ET DE L'ADHESION

• La garantie décès cesse à **l'échéance anniversaire du contrat qui suit le 89^{ème} anniversaire de l'assuré.** La garantie PTIA et la garantie maladie redoutée cessent à **l'échéance anniversaire du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré.**

• L'adhérent peut résilier son adhésion en adressant à l'assureur une lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard un mois avant l'échéance périodique de cotisation. Dans ce cas, l'adhésion cesse à l'échéance de cotisation qui suit la demande de résiliation de l'adhésion et les garanties cessent à compter de la même date.

• L'adhésion cesse également dans l'un des cas suivants :

- à la date d'envoi de la lettre de renonciation par l'adhérent (paragraphe 4.2 Faculté de renonciation à l'adhésion) ;
- à l'échéance anniversaire suivant la résiliation de l'adhésion du fait de l'assureur. L'assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée au plus tard 2 mois avant cette échéance ;
- à l'échéance de cotisation qui suit la résiliation éventuelle du contrat d'assurance de groupe par le souscripteur ou par l'assureur ;

- à la date de la dénonciation de l'adhésion par l'adhérent en raison des modifications apportées au contrat d'assurance de groupe ou du contrat d'assistance de groupe (paragraphe 1.1 Nature) ;
- à l'échéance anniversaire suivant la résiliation de l'adhésion par l'adhérent suite à l'évolution du tarif (paragraphe 2.6.1 montant de la cotisation) à l'échéance anniversaire du contrat qui suit le 89ème anniversaire de l'assuré ;
- à la date de survenance du décès ;
- à compter du versement par l'assureur de la totalité du capital assuré en cas de PTIA ;
- en cas de défaut de paiement de la cotisation dans les conditions prévues au paragraphe 2.6.3 Défaut de paiement des cotisations.

La cessation du contrat d'assurance met fin au contrat d'assistance.

3. REGLEMENT DES PRESTATIONS

3.1 PRESTATIONS

A l'adhésion, l'adhérent choisit si les prestations en cas de décès seront versées sous forme de capital, de rente éducation ou d'un panachage des deux.

3.1.1 LE CAPITAL DECES

Le capital en cas de décès est versé selon les modalités décrites au paragraphe 3.3 Modalités de versement des prestations.

3.1.2 LA RENTE EDUCATION

A l'adhésion, l'adhérent peut choisir qu'une partie du capital garanti soit versée sous forme de rentes éducation à ses enfants nés ou à naître et âgés de moins de 26 ans à la date de son décès.

Les rentes éducation peuvent être mensuelles, trimestrielles, semestrielles ou annuelles.

Si l'adhérent choisit le versement des prestations en cas de décès sous forme de rentes éducation, **ce choix de prestation ne peut pas être modifié par le(s) bénéficiaire(s)**. L'adhérent peut en cours de vie du contrat modifier la part du capital à verser sous forme de rentes éducation et la périodicité de versement des rentes éducation.

Le capital destiné à la rente éducation est réparti entre les enfants concernés de manière à leur garantir un revenu annuel identique jusqu'à la fin de l'année de leur 26^{ème} anniversaire respectif. Le montant de la rente annuelle doit être supérieur à 600 euros, à défaut, le capital destiné à la rente éducation est réparti à parts égales entre les enfants nés ou à naître et âgés de moins de 26 ans à la date du décès et versé en une seule fois. En cas de décès d'un enfant avant le terme du versement de sa rente éducation, la prestation cesse d'être versée. S'il n'y a pas d'enfant âgé de moins de 26 ans au moment du décès de l'assuré, la prestation est versée en une seule fois sous forme de capital aux héritiers de l'assuré selon les règles de la dévolution successorale.

Les rentes éducation sont revalorisées au 1^{er} janvier suivant l'évolution annuelle du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée au 1^{er} juillet de l'année précédente, dans la limite des possibilités d'un fonds de revalorisation créé à cet effet.

3.1.3 PANACHAGE DES DEUX

A l'adhésion, l'adhérent peut choisir que les prestations en cas de décès soient versées, pour une partie sous forme de capital, et pour l'autre partie sous forme de rentes éducation. La répartition entre le capital et la rente éducation est déterminée librement par l'adhérent.

En l'absence de bénéficiaire désigné pour recevoir la partie des prestations en cas de décès sous forme de capital, la totalité des prestations sera versée sous forme de rentes éducation aux enfants nés ou à naître et âgés de moins de 26 ans au jour du décès de l'adhérent/assuré. A défaut, la prestation est versée en une seule fois sous forme de capital aux héritiers de l'assuré selon les règles de la dévolution successorale.

En l'absence d'enfants âgés de moins de 26 ans au jour du décès de l'adhérent/assuré pour recevoir la partie des prestations en cas de décès sous forme de rentes éducation, la totalité des prestations sera versée sous forme de capital au bénéficiaire désigné devant recevoir la quote-part des prestations sous forme de capital. A défaut, les prestations en cas de décès seront versées sous forme de capital aux héritiers de l'assuré selon les règles de la dévolution successorale.

3.1.4 EVOLUTION DES PRESTATIONS GARANTIES APRES LE DECES DE L'ASSURE

Le capital garanti en cas de décès fait l'objet d'une revalorisation annuelle à compter du décès de l'assuré. Elle cesse pour chaque bénéficiaire concerné le jour où toutes les pièces nécessaires au paiement des prestations ont été reçues par l'assureur ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital décès à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L132-27-2 du Code des assurances. Conformément à l'article L132-5 du Code des assurances, le taux de revalorisation annuelle ne pourra être inférieur au taux défini à l'article R132-3-1 du Code des assurances. Ce taux est égal au moins élevé de deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

3.1.5 PRESTATION PTIA

En cas de PTIA, la prestation est versée à l'assuré en une seule fois sous forme de capital et l'adhésion cesse.

3.1.6 PRESTATION MALADIE REDOUTEE

En cas de maladie redoutée de l'assuré, la prestation est versée en une seule fois sous forme de capital et l'adhésion se poursuit comme prévu au paragraphe 2.2.2 Garanties et montant des garanties.

3.2 DECLARATION DES SINISTRES

• En cas de décès

Pour recevoir le capital décès, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès devra (devront) déclarer le décès à l'assureur dans les meilleurs délais.

A compter de la réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des bénéficiaire(s), l'assureur dispose d'un délai de quinze jours afin de demander aux bénéficiaires désignés de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au règlement des capitaux, à savoir :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
- un certificat médical précisant si le décès de l'assuré ne résulte pas d'un risque exclu par le contrat et s'il est d'origine accidentelle ou non ;
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre document établissant le caractère accidentel du décès et décrivant les circonstances de l'accident ;

- l'identification européenne du compte bancaire de chaque bénéficiaire (IBAN) ;
- les documents justifiant de l'identité, de la qualité et des droits de chaque bénéficiaire et/ou de son représentant légal :
 - une copie recto/verso de la carte nationale d'identité en cours de validité, datée et signée par eux
 - une copie d'un extrait d'acte de naissance si le bénéficiaire est le conjoint, le partenaire de PACS, ou d'un acte de notoriété dans les autres cas ;
- et le cas échéant, toutes autres pièces requises par la législation en vigueur et plus particulièrement l'administration fiscale.

L'assureur se réserve le droit de demander des documents complémentaires et de faire procéder à toute enquête qu'il jugera nécessaire pour lui permettre d'apprécier les conditions de la mise en jeu de la garantie et de vérifier l'application éventuelle des exclusions prévues au paragraphe 2.3 Exclusions.

- **En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)**

L'assuré doit déclarer sa PTIA à l'assureur dans les meilleurs délais et lui remettre le dossier composé des pièces listées ci-dessous :

- un justificatif de l'état d'invalidité :
 - document fourni par l'assureur à remplir par l'assuré avec l'aide de son médecin traitant ;
 - à défaut, le justificatif partiellement rempli et un certificat médical attestant la PTIA de l'assuré, telle que définie au lexique et précisant en outre, la date à laquelle cette invalidité a revêtu la forme permanente et absolue et la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte ;
 - à défaut, tout justificatif administratif attestant son invalidité ;
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre document établissant le caractère accidentel de la PTIA et décrivant les circonstances de l'accident ;
- l'identification européenne de son compte bancaire (IBAN).

L'assureur se réserve le droit de demander des documents complémentaires et de faire procéder à toute enquête qu'il jugera nécessaire pour lui permettre d'apprécier les conditions de la mise en jeu de la garantie et de vérifier l'application éventuelle des exclusions prévues au paragraphe 2.3 Exclusions.

- **En cas de maladie redoutée**

L'assuré doit déclarer sa maladie redoutée à l'assureur dans les meilleurs délais et lui remettre les pièces ou éléments indiqués ci-dessous en fonction des maladies redoutées :

Infarctus du myocarde

- compte-rendu de l'hospitalisation initiale ;
- certificat d'un médecin cardiologue indiquant : la date de survenance de l'infarctus du myocarde, le lieu de prise en charge initiale, la nature du traitement réalisé.

La date de survenance prise en compte est la date figurant sur le certificat médical du médecin cardiologue.

Chirurgie des artères coronaires

- compte-rendu de l'exploration coronarographique ;
- compte-rendu de l'hospitalisation initiale ;
- compte-rendu opératoire daté.

La date de survenance prise en compte est la date figurant sur le compte-rendu opératoire.

Accident vasculaire cérébral

- compte-rendu daté de scanner cérébral ou d'IRM cérébrale ;
- compte-rendu de l'hospitalisation initiale ;
- certificat d'un médecin neurologue indiquant : la date de survenance de l'accident vasculaire cérébral, le lieu de prise en charge initiale, la nature du traitement réalisé, la description détaillée des déficits fonctionnels 90 jours (3 mois après leur survenue) et leur caractère définitif, non susceptible d'amélioration.

La date de survenance prise en compte est la date figurant sur le certificat médical du médecin neurologue.

Cancer

- compte-rendu daté de l'examen anatomopathologique définitif.

La date de survenance prise en compte est la date figurant sur le compte-rendu de l'examen anatomopathologique définitif.

Hémiplégie, paraplégie, tétraplégie

- compte-rendu daté de scanner ou d'IRM cérébrale ou médullaire.
- compte-rendu de l'hospitalisation initiale.
- certificat d'un médecin neurologue indiquant : la date de survenance de l'affection, le diagnostic détaillé, l'origine traumatique ou non, le lieu de prise en charge initiale, la nature du traitement réalisé, la description détaillée des déficits fonctionnels à 180 jours (6 mois après leur survenue) et leur caractère définitif, non susceptible d'amélioration.

La date de survenance prise en compte est la date figurant sur le certificat médical du médecin neurologue.

Brûlures graves

- compte-rendu d'hospitalisation initiale ;
- certificat établi par un chirurgien plasticien ou par un praticien exerçant dans un des services hospitaliers spécialisés de grands brûlés, indiquant : la date de survenance de la brûlure, le diagnostic détaillant l'étendue et la profondeur des lésions, le lieu de prise en charge initiale, la nature des traitements réalisés ou en cours.

La date de survenance prise en compte est la date figurant sur le certificat médical.

L'assureur se réserve le droit de demander des documents complémentaires et de faire procéder à toute enquête qu'il jugera nécessaire pour lui permettre d'apprécier les conditions de la mise en jeu de la garantie et de vérifier l'application éventuelle des exclusions prévues au paragraphe 2.3 Exclusions.

La déclaration du sinistre auprès de l'assureur n'emporte pas déclaration auprès de l'assisteur. Il convient de se conformer aux conditions prévues dans les conditions générales valant notice d'information du contrat d'assistance.

3.3 MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- **Prestations décès**

Si un bénéficiaire unique a été nommément désigné par l'adhérent à l'adhésion ou en cours de contrat (avenant), un montant de 5000 euros pourra lui être versé au préalable dans les 48 heures dès lors que :

- l'adhérent a choisi le règlement des prestations sous forme de capital décès ;
- le bénéficiaire unique en a fait la demande expresse et produit les justificatifs suivants : un extrait de l'acte de décès de l'assuré, l'identification européenne du compte bancaire de ce bénéficiaire (IBAN), une copie recto/verso de la carte nationale d'identité de ce bénéficiaire en cours de validité, datée et signée.

Ce délai correspond au maximum à deux jours ouvrés.

Le complément du capital décès sera réglé dans les trente jours, après réception du dossier complet par l'assureur (cf. paragraphe 3.2 Déclaration des sinistres), conformément aux dispositions légales.

Dans les autres cas, le montant dû aux bénéficiaires désignés est versé au plus tard trente jours après la réception du dossier complet par l'assureur (cf. paragraphe 3.2 Déclaration des sinistres).

Les rentes éducation sont versées selon la périodicité choisie par l'adhérent à l'adhésion ou au cours de l'adhésion (par). Elles sont versées à terme échu selon un échéancier calendaire. Le premier arrérage de rente est proratisé entre le jour du décès de l'assuré et l'échéance suivante de versement des rentes. Les rentes sont versées jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'enfant bénéficiaire atteint ses 26 ans.

Au-delà de ce délai de trente jours, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si, au-delà du délai de quinze jours mentionné au paragraphe 3.2 Déclaration du sinistre, l'assureur a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné ci-avant.

S'il y a plusieurs bénéficiaires, les sommes dues peuvent être versées en une seule fois au mandataire désigné par les bénéficiaires.

Le mode de paiement souhaité doit impérativement être reformulé lors de la notification du décès (ou lors de la transmission des coordonnées bancaires (IBAN)). A défaut, le règlement s'effectue en numéraire par virement sur le compte du (ou des) bénéficiaire(s) du règlement.

Les sommes dues au bénéficiaire qui ne font pas l'objet d'une demande de versement sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Le dépôt des sommes à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L132-27-2 du Code des assurances est libératoire de toute obligation pour l'assureur et le souscripteur, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

• **Prestations PTIA**

Le paiement du capital en cas de PTIA est effectué dans un délai de trente jours à compter de la reconnaissance par l'assureur de la consolidation de la PTIA. La date de consolidation de la PTIA est la date à laquelle l'état de santé de l'assuré s'étant stabilisé, les conséquences de l'accident ou de la maladie deviennent permanentes et présumées définitives.

• **Prestation maladie redoutée**

En cas de maladie redoutée, 20 % du capital garanti est versé en une seule fois. Le règlement du capital dû au titre de la garantie maladie redoutée, intervient dans les trente jours qui suivent la réception par l'assureur du dossier complet de demande d'indemnisation (cf. paragraphe 3.2 Déclaration des sinistres).

En tout état de cause, le règlement des prestations ne pourra intervenir qu'après réception des pièces justificatives nécessaires et, le cas échéant, à l'issue des contrôles et expertises prévus aux présentes conditions générales valant notice d'information.

3.4 CONTROLE

En cas de PTIA ou de maladie redoutée, les médecins et les représentants de l'assureur doivent, sauf opposition médicale justifiée, pouvoir rencontrer l'assuré à tout moment afin de constater son état de santé.

En cas de décès, de PTIA ou de maladie redoutée, l'assuré, son représentant légal ou le bénéficiaire si ce dernier est une personne physique, doit recueillir et communiquer tous renseignements médicaux concernant le sinistre déclaré sur demande du médecin conseil de l'assureur.

Le refus par l'assuré, son représentant légal, ou le bénéficiaire si ce dernier est une personne physique, de se conformer à ces obligations, après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, met l'assureur dans l'incapacité de vérifier que la garantie est due et par conséquent, le cas échéant, de procéder au règlement des prestations.

3.5 EXPERTISE MEDICALE

En cas de désaccord médical, l'assuré et l'assureur conviennent de soumettre leur différend à un tiers médecin qu'ils auront conjointement désigné. Faute par ces derniers de s'entendre sur le choix du médecin, la désignation est effectuée à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Une simple requête signée par l'assuré et l'assureur ou par l'un d'eux est suffisante pour cette nomination, l'autre partie étant convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie règle la moitié des frais et honoraires du tiers médecin ainsi que des frais éventuels de sa désignation.

4. PROTECTION DES INTERETS DE L'ADHERENT

4.1 DOCUMENTS CONTRACTUELS

Rappel : la convention d'assurance et d'assistance SECUR'Famille 2 est constituée d'un contrat d'assurance de groupe et d'un contrat d'assistance de groupe.

L'assureur et l'assisteuse conseillent à l'adhérent de conserver les documents contractuels correspondants pendant toute la durée de son adhésion.

4.1.1 QUELS SONT LES DOCUMENTS CONTRACTUELS ?

Les documents qui constituent l'adhésion à SECUR'Famille 2 sont :

- le **bulletin d'adhésion** ;
- les présentes **conditions générales valant notice d'information** du contrat d'assurance et d'assistance comprenant l'annexe fiscale ainsi qu'une annexe dédiée à la protection par l'assureur des données à caractère personnel de l'adhérent ;
- le **certificat d'adhésion** qui sera envoyé ultérieurement ;
- le **questionnaire de santé simplifié**, à défaut, la **fiche de santé** et le **questionnaire technique et financier le cas échéant** ;
- et les **avenants** éventuels.

4.1.2 QUELLES INFORMATIONS CONTIENNENT-ILS ?

Les documents contractuels informent l'adhérent des engagements réciproques de l'adhérent et de l'assureur et des règles qui régissent toute l'adhésion.

Les conditions générales valant notice d'information présentent les dispositions communes à l'ensemble des adhérents au contrat d'assurance de groupe SECUR'Famille 2.
Le bulletin et le certificat d'adhésion reprennent les caractéristiques propres à l'adhésion. Le certificat d'adhésion est adressé à l'adhérent après traitement par l'assureur.
Le questionnaire de santé simplifié et à défaut, la fiche de santé reprend les informations communiquées par l'assuré sur son état de santé.
Le questionnaire technique et financier reprend les informations communiquées par l'assuré sur sa situation personnelle et financière.
Les conditions générales des garanties d'assistance présentent les dispositions communes à l'ensemble des adhérents au contrat d'assistance SECUR'Famille 2.
L'annexe fiscale détaille la fiscalité applicable au contrat au jour de l'adhésion.
L'annexe « Protection par l'Assureur de vos données à caractère personnel » figurant dans les Conditions générales valant notice d'information détaille les raisons pour lesquelles l'assureur entend utiliser les données à caractère personnel de l'adhérent, leur durée de conservation ainsi que les droits dont dispose l'adhérent sur ses données.
Les avenants enregistrent les modifications ultérieures apportées à l'adhésion, et sont adressés à l'adhérent à chaque opération après traitement de la demande par l'assureur.

4.2 FACULTÉ DE RENONCIATION A L'ADHÉSION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de l'émission du certificat d'adhésion.

La renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans le bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception et adressée à BPCE Vie et BPCE Prévoyance - Centre d'Expertise et de Relation Client -59 avenue Pierre Mendès France - CS 11440 - 75709 Paris Cedex 13.

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion, qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Elle prend effet à compter de la date d'envoi de la lettre et met fin aux garanties du contrat d'assurance et du contrat d'assistance.

L'assureur rembourse, sur le compte de l'adhérent, l'intégralité des cotisations versées dans les trente jours suivant la réception de la lettre de renonciation.

4.3 VENTE A DISTANCE

L'adhésion au contrat SECUR'Famille 2 peut s'effectuer par vente à distance, l'établissement bancaire intervenant en qualité d'intermédiaire en assurance.

L'adhésion prend effet à la date de l'enregistrement de la proposition d'assurance, sous réserve de l'encaissement de la cotisation initiale et sous réserve de la réception par l'assureur, dans un délai de 30 jours, du dossier complet rempli et signé par l'adhérent (bulletin d'adhésion, questionnaire de santé simplifié ou fiche de santé et questionnaire technique et financier le cas échéant^o).

Elle est annulée rétroactivement si les informations nécessaires et les pièces demandées dans le bulletin d'adhésion ou dans les conditions générales valant notice d'information n'ont pas été signées et transmises à l'assureur dans un délai de trente jours à compter de la date d'enregistrement de la demande. L'assureur rembourse alors à l'adhérent l'intégralité des cotisations.

Cette date est mentionnée dans le certificat d'adhésion.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée par l'adhérent sont à sa charge. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues au paragraphe 4.2 Faculté de renonciation à l'adhésion.

4.4 RECLAMATIONS – MEDIATION

Les demandes relatives à l'adhésion

Pour toute réclamation relative à son adhésion au contrat d'assurance, l'adhérent peut s'adresser à son établissement bancaire.

En cas de désaccord sur la réponse donnée et après avoir déposé un premier recours auprès de son établissement bancaire, l'adhérent peut formuler une demande d'informations ou une réclamation auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance - Centre d'Expertise et de Relation Client - 59 avenue Pierre Mendès France - CS 11440 - 75709 Paris Cedex 13.

Si malgré les efforts de l'assureur pour le satisfaire, l'adhérent reste mécontent de la décision, il pourra demander un avis au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante extérieure au Groupe BPCE. Sa demande devra être adressée à Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

Le protocole de médiation (disponible sur le site de la Médiation de l'Assurance, www.mediation-assurance.org) précise le périmètre d'intervention du Médiateur.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est suspendu à compter de la saisine du Médiateur et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Les demandes relatives au traitement des données à caractère personnel

Les demandes relatives au traitement des données à caractère personnel doivent respecter les modalités prévues à l'annexe « Protection par l'Assureur de vos données à caractère personnel ».

4.5 PRESCRIPTION

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 de l'adhérent 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, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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 :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

4.6 DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Dans le cadre de la signature et de l'exécution du contrat et plus généralement de la relation d'affaires, BPCE Vie et BPCE Prévoyance doivent recueillir certaines données concernant l'adhérent. Les raisons pour lesquelles BPCE Vie et BPCE Prévoyance entendent utiliser ces données à caractère personnel, leur durée de conservation ainsi que les droits dont dispose l'adhérent sur ses données sont disponibles dans l'annexe « Protection par l'Assureur de vos données à caractère personnel » des présentes conditions générales valant notice d'information et également dans la politique de protection des données à caractère personnel sur le site Internet de BPCE Vie/BPCE Prévoyance via le lien suivant : <https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com> .

BPCE Vie et BPCE Prévoyance communiqueront en temps utile les évolutions apportées à ces informations sur ce site Internet.

4.7 FONDS DE GARANTIE

Le fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurances de personnes a été institué par la loi n°99-532 du 25 juin 1999. Son fonctionnement est détaillé aux articles L 423-1 et suivants du Code des assurances. Ainsi, lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (l'ACPR, l'autorité de tutelle des assureurs) estime qu'une société d'assurances de personnes n'est plus en mesure de faire face à ses engagements, elle peut recourir au fonds de garantie. L'ACPR lance alors un appel d'offres afin de transférer le portefeuille de contrats de l'entreprise défaillante à une autre société d'assurances.

En cas d'échec de la procédure de transfert, les droits des assurés, adhérents de contrats et bénéficiaires de prestations sont garantis par un versement effectué, à leur profit, par le fonds de garantie, dans la limite des plafonds fixés par décret (70 000 euros maximum par assuré, adhérent ou bénéficiaire, quel que soit le nombre de contrats conclus auprès d'une même société d'assurance).

(Saut de page)

Titre II - CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

SECUR'Famille 2

RÉFÉRENCES 124SEFA.002

Contrat d'assistance de groupe souscrit par BPCE Vie et BPCE Prévoyance auprès d'IMA ASSURANCES agissant en qualité d'assisteuseur

Siège social : 118, avenue de Paris CS 40000, 79033 Niort Cedex 9

LEXIQUE

Les termes ci-après doivent être, **dans le cadre du contrat d'assistance**, entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ASSURE (ci-après dénommé « vous »)

Adhérent du contrat d'assurance de groupe SECUR'Famille 2 auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance.

ANIMAUX DOMESTIQUES

- chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense),
- chats,
- NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquets, perruches, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'assuré domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit :

- conjoint de droit ou de fait,
- enfants et petits-enfants de moins de 16 ans (exception : les garanties « soutien scolaire », « soutien scolaire chez un proche » et « Aide aux devoirs ») sans limite d'âge s'ils sont handicapés,
- ascendants directs.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France

ETRANGER

Pays autre que le pays de Domicile.

FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Polynésie Française, St Pierre et Miquelon, St Barthélemy, St Martin, Wallis et Futuna et Nouvelle-Calédonie)

FRAIS D'HEBERGEMENT

Frais de la nuit à l'hôtel et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPREVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours maximum qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMEE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente

MALADIE REDOUTEE / PATHOLOGIE LOURDE

- infarctus du myocarde (confirmé cliniquement, électriquement -modifications aiguës de la repolarisation-, enzymatiquement -Troponine, CPK- ayant fait l'objet d'une prise en charge en milieu spécialisé et de soins spécifiques),
- pathologies cardiaques invalidantes,
- coronaropathies et leur traitement chirurgical (intervention à thorax ouvert destinée à traiter, à l'aide d'un ou plusieurs greffons, la sténose ou la thrombose d'une ou plusieurs artères coronaires. L'atteinte d'un ou plusieurs troncs coronaires doit être confirmée par une imagerie),
- cancer (proliférations anarchiques et invasives de cellules malignes histologiquement caractérisées englobant les hémopathies malignes et le mélanome malin) Les mélanomes malins sont couverts par cette assurance si la tumeur est de stade supérieur ou égal à pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm d'épaisseur ou avec ulcération ou niveau de Clark IV ou V),
- pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie
- hémopathies,
- insuffisance rénale chronique dialysée décompensée,
- suite de greffe d'organes
- accident Vasculaire Cérébral Invalidant (atteintes vasculaires cérébrales ou médullaires ischémiques ou hémorragiques brutales. Les déficits neurologiques permanents (sur la base du score AVQ par exemple) doivent être confirmés par un spécialiste neurologue après une période d'au moins trois mois après l'événement)
- sclérose en plaques

- sclérose latérale amyotrophique
- atteintes non traumatiques du système nerveux entraînant une hémiplégie ou une paraplégie ou une tétraplégie (pertes totales et permanentes de la fonction motrice de la moitié du corps (hémiplégie), des 2 membres inférieurs (paraplégie) ou des 4 membres (tétraplégie), dues à une maladie
- le diagnostic sera retenu pour un état déficitaire persistant au-delà de 180 jours et doit être reconnu par un médecin neurologue.)
- Parkinson non équilibré
- brûlures graves (les brûlures du 3ème degré touchant au moins 20% de la surface du corps et traitées dans un centre spécialisé. Le diagnostic doit être confirmé par certificat d'un chirurgien spécialisé ou émanant d'un service hospitalier de grands brûlés)
- insuffisance hépatique sévère
- diabète insulino-instable
- myopathie
- insuffisance respiratoire instable
- mucoviscidose
- polyarthrite rhumatoïde évolutive
- complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA GIE

IMMOBILISATION IMPREVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent et dont l'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente..

PROCHES

Conjoint de droit ou de fait ainsi que les descendants et ascendants directs.

TELEASSISTANCE

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

1. CARACTERISTIQUES PRINCIPALES

Le contrat d'assistance SECUR'Famille 2 est un contrat d'assistance de groupe souscrit par BPCE Vie et BPCE Prévoyance auprès de **IMA ASSURANCES**, ci-après dénommée **IMA**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR – 4 place 75436 Paris Cedex 09. Ce contrat relève de la branche 18 (Assistance) du Code des assurances.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties s'appliquent :

- en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue
- en cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée
- en cas de chirurgie ambulatoire,,
- en cas de maladie redoutée / pathologie lourde,
- en cas de décès de l'assuré suite à un accident corporel dans les conditions spécifiées à chaque article.

Les garanties décrites aux articles 8.1 à 8.6 s'appliquent à tout moment.

2.2 INTERVENTION

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : **05 49 34 88 23 ou +33 5 49 34 88 23 depuis l'étranger**

2.2.1 APPLICATION DES GARANTIES

Les garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application des garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial et aides existantes. En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties décrites aux articles 7.1 à 7.3 s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

Ainsi, IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

De même, IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.

Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA en Outre-Mer, elles sont prises en charge par IMA, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

2.2.2 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

IMA apporte une aide immédiate et effective. Aussi, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais impartis ci-dessous :

Principe : Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites :

- aux articles 3.2 à 3.4 ; 4 ; 5 ; 6.10 à 6.12 et 6.14 ; (à l'exception de 7.4) ; 9.2 à 9.9)

doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile
- la sortie d'une hospitalisation
- un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Par exception, pour la garantie « aide à domicile » prévue aux articles 3.1 et 7.4 et 9.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter :

- d'une immobilisation au domicile
- de la sortie d'une hospitalisation
- d'un décès.

Passé ce délai, un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 15^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours calendaires.

2.2.3 TERRITORIALITE

Les garanties décrites aux articles 3, 4, 5, 6, 7.4 à 7.14, 8, 9 s'appliquent en France.

Les garanties décrites aux articles 7.1 à 7.3 s'appliquent :

- en cas de décès en France si l'événement se produit à plus de 30 km du domicile
- en cas de décès à l'étranger sans franchise kilométrique, pour tout déplacement à but touristique, humanitaire, d'études universitaires, de stages effectués dans le cadre de ces études ou de séjour au pair d'une durée continue inférieure à 12 mois ainsi que pour tout déplacement professionnel d'une durée inférieure à 90 jours calendaires.

2.2.4 MODALITES DE TRANSPORT DES PERSONNES

Les transports de bénéficiaires ou de proches s'effectuent en taxi, train 1^{ère} classe ou avion de classe économique, ils sont mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'assuré est situé en France métropolitaine, Andorre et Monaco, le transport est effectué en France métropolitaine, Andorre et Monaco
- si le domicile de l'assuré est situé en Outre-Mer, le transport est effectué en Outre-Mer de résidence de l'assuré.

2.2.5 PIECES JUSTIFICATIVES

IMA se réserve le droit de demander la justification de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, certificat de décès,...).

3. EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMME OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours calendaires, ou immobilisé plus de 5 jours calendaires à votre domicile ?

3.1 AIDE A DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue au domicile d'une aide-ménagère, pour venir en aide à vos proches.

Missions : réalisation de tâches quotidiennes (ménage, préparation des repas, vaisselle, repassage et courses de proximité).

L'aide-ménagère intervient dès le décès.

La prestation attribuée est évaluée par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires, à raison de 2 heures minimum par intervention, du lundi au vendredi, hors weekend et jours fériés.

3.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT

IMA organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France, d'un de vos proches.

IMA organise et prend en charge également son hébergement pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 150 euros.

3.3 SERVICES DE PROXIMITE

3.3.1 LIVRAISON DE MEDICAMENTS

Lorsqu'aucun de vos proches n'est en mesure d'aller chercher les médicaments prescrits par votre médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de vous les livrer.

Cette garantie s'applique dans la limite de 1 livraison sur une période de 30 jours calendaires. Le prix des médicaments reste à votre charge.

3.3.2 PORTAGE DE REPAS

Lorsque vous n'êtes pas en mesure de préparer les repas vous-même ou de les faire préparer par votre entourage, IMA prend en charge 1 livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* répartie sur une période de 30 jours calendaires.

Lors de la commande, vous trouverez une écoute pour vous aider à composer vos repas en fonction de vos choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il vous sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à votre charge.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.

3.3.3 LIVRAISON DE COURSES

Lorsqu'aucun de vos proches n'est en mesure de faire les courses, IMA prend en charge les frais de livraison de 1 commande de courses par semaine sur une période de 30 jours calendaires.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Les frais de livraison vous sont remboursés sur présentation d'un justificatif.

Le prix des courses demeure à votre charge.

3.3.4 COIFFURE A DOMICILE

Lorsque vous avez besoin de soin de coiffure, IMA organise le déplacement d'un coiffeur au domicile.

Cette garantie s'applique dans la limite de 1 déplacement sur une période de 30 jours calendaires. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à votre charge.

3.3.5 PORTAGE D'ESPECES

Lorsque vous ne disposez plus d'espèces et ne pouvez pas vous en procurer, IMA organise et prend en charge une fois sur une période de 30 jours calendaires :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 euros.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours calendaires.

3.4 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- la visite de l'animal à votre domicile par un «garde d'animaux»,
- la garde à votre domicile par un «garde d'animaux»,
- la garde de l'animal chez un «garde d'animaux».

Le «garde d'animaux» se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque vos proches ne pas sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal. Les frais de nourriture restent à la charge de l'assuré ou de ses proches.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de «garde d'animaux». Le nombre d'interventions est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 interventions réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

Cette garantie s'applique s'il y a mise à disposition, pour le «garde d'animaux», des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

Suite à un accident, vous ou votre conjoint êtes hospitalisé de manière imprévue plus de 5 jours calendaires et immobilisés de manière imprévue pendant plus de 30 jours calendaires?

3.5 ENVELOPPE DE SERVICES

(cf. garantie 6.1)

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité ci-annexé.

3.6 ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) IMMOBILISES AU DOMICILE

(cf. garantie 6.2)

Les conditions de mise en œuvre sont identiques à celles de l'article 3.1.

Cf. tableau enveloppe de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé.

3.7 TELEASSISTANCE

(cf. garantie 6.8)

3.8 AIDE AU RETOUR A L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE OU SCOLAIRE

(cf. garantie 6.9)

Suite à un accident, vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 5 jours calendaires puis immobilisé plus de 30 jours calendaires, ou immobilisé de manière imprévue plus de 30 jours calendaires et vous avez besoin d'aide pour vous organiser au quotidien ?

3.9 BILAN SOCIAL

(cf. garantie 6.3)

3.10 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE

(cf. garantie 6.4)

3.11 SERVICE TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE

(cf. garantie 6.5)

3.12 AIDE AU DEMENAGEMENT

(cf. garantie 6.6)

3.13 NETTOYAGE DU LOGEMENT

(cf. garantie 6.7)

3.14 CASE MANAGEMENT

(cf. garantie 6.13)

4. EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE

Immobilisé plus de 5 jours calendaires suite à une maladie soudaine et imprévisible, vous ou votre conjoint n'êtes pas en mesure de vous déplacer et vos proches ne peuvent vous venir en aide ?

4.1 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX

Lorsque vous ou votre conjoint n'êtes pas en état de vous déplacer pour aller à un rendez-vous médical et qu'aucune solution n'est possible auprès de vos proches, IMA organise et prend en charge un transport, non médicalisé, aller et retour par taxi ou par Véhicule Sanitaire Léger (VSL).

Cette garantie s'applique sur une période de trente jours calendaires et dans un rayon de 50 km.

5. LES + FAMILLE

Hospitalisé de manière imprévue plus de 24 heures (ou plus de 2 jours en cas d'hospitalisation programmée) ou immobilisé de manière imprévue à votre domicile plus de 5 jours calendaires, vous ou votre conjoint avez besoin d'aide pour vous occuper de vos enfants ?

5.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder vos enfants au domicile.

Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour en France de vos enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement de vos enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Si aucune de ces solutions ne convient, IMA organise et prend en charge la garde de jour de vos enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités.

Ce service est disponible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

5.2 CONDUITE A L'ECOLE

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour de vos enfants au domicile par l'un de ses prestataires.

Cette garantie s'applique dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours calendaires. Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

5.3 CONDUITE AUX ACTIVITES EXTRA-SCOLAIRES

Lorsqu'aucun de vos proches ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour de vos enfants au domicile par l'un de ses prestataires.

Cette garantie s'applique dans la limite d'un aller-retour par semaine et par enfant sur une période de 4 semaines maximum.

Hospitalisé plus de 2 jours suite à un accident corporel ou à une maladie, vous ou votre conjoint avez besoin d'aide pour vous occuper de vos enfants ?

5.4 SOUTIEN SCOLAIRE CHEZ UN PROCHE

En cas de transfert de votre enfant chez un proche éloigné géographiquement de l'école, empêchant la poursuite des cours, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant (du primaire au secondaire) dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie).

Cette prestation est mise en œuvre au domicile du proche, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable et par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés. Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation et sur une période maximale de 4 semaines.

Hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé à votre domicile plus de 5 jours calendaires suite à un accident corporel ou à une maladie soudaine et imprévisible, vous ou votre conjoint avez besoin d'aide pour vous occuper de vos enfants ?

5.5 AIDE AUX DEVOIRS

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès de vos enfants (du primaire au secondaire) dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie).

Cette prestation est mise en œuvre à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés. Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 4 semaines.

Votre enfant est hospitalisé plus de 24 heures de manière imprévue (ou plus de 2 jours en cas d'hospitalisation programmée) ou immobilisé de manière imprévue plus de 5 jours calendaires, et vous ou votre conjoint avez besoin de trouver une solution de garde ?

5.6 DEPLACEMENT D'UN PROCHE POUR GARDE D'ENFANTS

IMA organise et prend l'une des garanties suivantes :

La présence d'un proche au chevet

IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour en France, d'un proche au chevet de votre enfant.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où la garantie « présence d'un proche au chevet » ne pourrait s'appliquer, IMA organise et prend en charge la garde de jour de vos enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités.

Ce service est disponible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

Et si l'hospitalisation de votre enfant est supérieure à 2 jours calendaires ?

5.7 GARDE DES FRERES ET SOEURS

Lorsqu'aucun proche ne peut l'assumer, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants selon les modalités suivantes :

- le déplacement aller et retour en France d'un proche
- ou la garde au domicile par un intervenant habilité.

Cette prestation est mise en œuvre entre 8 h et 20 h, hors dimanche et jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

Votre enfant est immobilisé de manière imprévue au domicile plus de 14 jours calendaires ce qui l'empêche de suivre sa scolarité ?

5.8 SOUTIEN SCOLAIRE

IMA organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire.

Hospitalisés plus de 24 heures de manière imprévue (ou plus de 2 jours en cas d'hospitalisation programmée) ou immobilisés de manière imprévue plus de 5 jours calendaires, vous ou votre conjoint avez besoin d'aide pour vous occuper des ascendants vivant sous votre toit ?

5.9 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

• Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder vos ascendants au domicile.

• Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller-retour en France de vos ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

• La garde des ascendants

Si aucune de ces solutions ne convient, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités.

Cette prestation est mise en œuvre entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

6. EN CAS DE MALADIE REDOUTEE / PATHOLOGIE LOURDE

Vous, votre conjoint ou l'un de vos enfants est immobilisé plus de 30 jours calendaires ou en cas de maladie redoutée / pathologie lourde ?

Les garanties sont mises en œuvre dans les conditions suivantes :

- En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

- En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une immobilisation >30 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

IMA, organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'événement.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA, des mesures conservatoires d'aide à domicile peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6h sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation.

6.1 ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à votre disposition une enveloppe de services de 100 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.

Le nombre d'unités ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.
Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois quel que soit le nombre de pathologies déclarées sur cette période. Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.
Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.
Cf. tableaux « Enveloppe de services » ci-annexés.

6.2 ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) IMMOBILISÉS AU DOMICILE

IMA met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services.
Les conditions de mise en œuvre sont identiques à celles de l'article 6.1
Cf. tableau enveloppe complémentaire de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé.

6.3 BILAN SOCIAL

IMA organise et prend en charge un bilan social par an réalisé par téléphone avec un Travailleur Social.
Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de la personne en prenant en compte sa ou ses problématiques :
- identification de la solution la mieux adaptée à la situation,
- aide au choix du lieu de vie, à la recherche des aides financières possibles, à la mise en place de l'organisation la plus pertinente ;
- identifie les priorités et adresse une synthèse au bénéficiaire, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Ce service accessible du lundi au vendredi (hors fériés) dans les 12 mois qui suivent l'événement.

6.4 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE

IMA organise et prend en charge le bilan d'un ergothérapeute au domicile. Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie :
- évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain).
- l'évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignait et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).
Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

6.5 SERVICES TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA vous met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat dans la limite d'un dossier par événement.

IMA intervient à condition que les travaux n'entrent pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte notamment sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement mentionné dans le devis et les prestations proposées,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à votre charge et vous devez transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite d'un dossier par événement dans les 12 mois suivant l'événement.

6.6 AIDE AU DEMENAGEMENT

IMA vous transmet 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise du déménagement ou d'une société de garde-meuble.
Le prix du déménagement reste à votre charge.

Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

6.7 NETTOYAGE DU DOMICILE

IMA organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté dans la limite de 500 euros à prendre sur une période de 30 jours calendaires suivant le déménagement.

Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

6.8 TELEASSISTANCE

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service.

Cette garantie s'applique pour une durée maximale de 90 jours calendaires.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, le conjoint pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix.
Le montant de la prestation reste dès lors à la charge du conjoint.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

6.9 AIDE AU RETOUR A L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE OU SCOLAIRE

IMA organise et prend en charge un bilan réalisé par téléphone avec un Travailleur Social et/ou un ergothérapeute (jusqu'à 6 appels par semestre) ainsi qu'une fiche de synthèse adressée à l'assuré.

Cette fiche consiste :

- recueil de données et analyse de la situation professionnelle de la personne

- informations, orientations et conseils : dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, lisibilité sur les démarches à effectuer, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, orientation, aide à la réflexion et à la décision...,
 - rédaction d'une note de synthèse.
- Et si nécessaire, par un accompagnement sur 8 mois (jusqu'à 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques). Cet accompagnement consiste :
- techniques de recherche d'emploi : CV et lettre de motivation, organisation de la recherche et techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche,
 - prospection d'offres d'emploi.
- Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement. .

6.10 AIDE AUX DEVOIRS

(cf. garantie 5.5)

6.11 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

(cf. garantie 5.9)

6.12 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

(cf. garantie 3.4)

6.13 CASE MANAGEMENT

IMA organise et prend en charge la garantie de coordination réalisée par un Travailleur Social et/ou un ergothérapeute en fonction de la problématique :

- évaluation et repérage des besoins en prenant en compte l'environnement, les habitudes de vie, les ressources et freins, les aides existantes, ...
- préconisations multiformes d'aides et services à mettre en place,
- coordinations d'actions : prise de contact avec les différents services, professionnels et structures afin d'assurer, de mettre en place, d'organiser et de suivre l'aide adaptée à la situation (incapacités, handicap, ...) en lien avec son projet de vie – articulation de financements publics et privés,
- suivi de la cohérence des actions mise en œuvre
- réajustement / réévaluation en cas de dysfonctionnement.

Cette garantie téléphonique est réalisée dans le cadre d'un accompagnement sur 12 mois.

Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

L'un de vos enfants est immobilisé au domicile plus de 14 jours calendaires suite à une maladie redoutée / pathologie lourde ce qui l'empêche de suivre sa scolarité ?

6.14 SOUTIEN SCOLAIRE

(cf. garantie 5.8)

7. EN CAS DE DECES

Dans le cas de votre décès à plus de 30 km du domicile, vos proches ont besoin d'aide pour s'organiser face à cette situation ?

7.1 RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine (si le domicile de l'assuré est situé en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, ou en Outre-Mers si le domicile de l'assuré est situé en Outre-Mer).

La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille.

7.2 DEPLACEMENT D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE SUR LE LIEU DU DECES

IMA organise et prend en charge le déplacement d'un de vos proches sur le lieu du décès (si la présence de celui-ci sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps ou les formalités de rapatriement ou d'incinération).

IMA organise et prend en charge également son hébergement pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 150 euros.

7.3 RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS DE L'ASSURE DECEDE

IMA organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus initialement pour leur retour au domicile.

Dans le cas de votre décès suite à un accident corporel, vos proches ont besoin d'une aide et de soutien pour gérer à cette situation ?

7.4 AIDE A DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue au domicile d'une aide-ménagère pour venir en aide à vos proches demeurant au domicile.

Missions : réalisation de tâches quotidiennes (ménage, préparation des repas, vaisselle, repassage et courses de proximité).

L'aide-ménagère intervient dès le décès. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires, à raison de 2 heures minimum par intervention.

7.5 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

IMA organise et prend en charge au bénéfice de vos proches, selon la situation, jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien. Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la survenance de l'évènement. La garantie est accessible 24h sur 24..

7.6 AIDE AU DEMENAGEMENT

IMA transmet si besoin à vos proches les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble. Cette garantie est accessible dans les 12 mois suivant le décès. Le prix de la prestation reste à la charge de vos proches.

7.7 NETTOYAGE DU DOMICILE

IMA organise et prend en charge le nettoyage du domicile du défunt laissé vacant. Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant le décès et dans la limite de 500€.

7.8 AIDE A LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNERAIRE

En France, sur demande de vos proches, IMA fournit les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres pour les aider à organiser les obsèques.

7.9 ACCOMPAGNEMENT SUITE AU DECES

Afin d'aider vos proches dans les différentes étapes du deuil (identifier avec eux les démarches à accomplir, planifier et prioriser les actions à mettre en œuvre), les Travaillleurs Sociaux d'IMA apportent, par téléphone, leur expertise :

- écoute psycho-sociale prenant en compte les étapes du deuil,
- aide dans les formalités administratives en fonction du statut de la personne décédée : priorisation des organismes à contacter, calendrier, lettres-types,
- aide à la réorganisation du quotidien : identification des impacts liés au décès et priorisation d'actions auprès du proche survivant (services à la personne, téléassistance, soutien d'associations locales, recherche d'activités de vie sociale...).

Ce service est disponible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques dans les 90 jours calendaires suivant le décès, accompagné d'un appel de suivi dans les 90 jours calendaires suivant le premier appel.

7.10 AVANCE DE FONDS

Une avance de fonds pourra être accordée à votre famille, contre reconnaissance de dette pour permettre de faire face aux frais des obsèques.

Cette garantie ne pourra excéder un montant maximum de 1000 euros.

Cette avance de fonds est remboursable dans un délai de 30 jours calendaires suivant le décès.

7.11 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

(cf. garantie 3.4)

Dans le cas de votre décès suite à un accident corporel, vos proches ont besoin d'aide pour s'occuper des personnes vivant sous votre toit ?

7.12 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

(cf. garantie 5.1)

7.13 CONDUITE A L'ECOLE

(cf. garantie 5.2)

7.14 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

(cf. garantie 5.9)

8. LES + CONSEILS

8.1 RECUEIL DES VOLONTES

Recueil des volontés

Lors de l'appel, IMA vous met en relation avec un opérateur funéraire conventionné.

Celui-ci vous transmet un formulaire pour recueillir vos volontés (inhumation ou crémation, type de cérémonie, sépulture, fleurs et plaques, personnes à prévenir, choix des pompes funèbres...).

Vous pouvez à tout moment modifier et/ou supprimer vos dernières volontés auprès de l'opérateur funéraire, responsable de la gestion du fichier des volontés, sur demande écrite jusqu'à 3 fois sans frais.

Ce document et les informations qu'il contient n'ont pas valeur de testament.

Restitution des volontés

En cas de décès, les volontés seront restituées au proche qui en fera la demande.

8.2 CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge, selon la situation, de 1 à 5 entretiens téléphoniques par année et par foyer et sur 12 mois avec un Travailleur Social*.

Le Travailleur Social s'appuie sur une approche globale de la personne afin de prendre en compte sa ou ses problématiques. Il est en capacité d'écouter pour identifier les priorités et faire des préconisations :

- informations, conseils et orientation en réponse à une problématique de droit social liée à la vie quotidienne, professionnelle, scolaire et sociale, aux financements, au logement, à l'aide à domicile, à la retraite, aux services à la personne et au financement post assurantiel,
- orientation vers les organismes locaux compétents.

*titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale ou Assistante Sociale

8.3 INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à la disposition des bénéficiaires souhaitant obtenir des informations, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.
A titre d'exemple : famille, santé, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, ...
Ce service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

8.4 INFORMATIONS MEDICALES

Une équipe médicale communique des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- maladies redoutées/pathologies Lourdes,
- prévention des risques cardio-vasculaires : recueil d'informations vous concernant, information sur les risques cardio-vasculaires encourus, description des facteurs de risques et informations préventives sur les bonnes pratiques d'hygiène de vie
- voyage, loisirs (attitudes préventives, vaccinations, risques médicaux...)

8.5 RECHERCHE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL

Dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA vous communique les coordonnées de médecins, infirmières, laboratoires, cabinets de radiographie, intervenant paramédical.

8.6 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

(cf. garantie 7.5)

9. CHIRURGIE AMBULATOIRE

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire (vous ou votre conjoint) et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours :

9.1 AIDE À DOMICILE

IMA organise et prend en charge les garanties décrites au point 3.1 dans la limite de 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours calendaires

9.2 PRESENCE D'UN PROCHE

IMA organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 euros par nuit.

9.3 SERVICES DE PROXIMITE

IMA organise et prend en charge les garanties décrites au point 3.3 sur une période maximale de 10 jours calendaires;

9.4 TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé (vous ou votre conjoint) depuis votre domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant votre sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller - retour.

9.5 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

(cf. garantie 4.1)

9.6 CONDUITE A L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

(cf garantie 5.2)

9.7 CONDUITE AUX ACTIVITES EXTRASCOLAIRES

IMA organise et prend en charge les garanties décrites à l'article 5.3 sur une période maximale de 14 jours calendaires

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire (vous, votre conjoint ou votre enfant) et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours :

9.8 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties décrites au point 5.1 dans la limite de 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours calendaires.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire (votre enfant) et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours :

9.9 GARDE DES FRERES ET SŒURS (enfant accidenté ou malade)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties décrites au point 5.7 dans la limite de 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours calendaires.

10. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

10.1 INFRACTION

IMA ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

10.2 FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, attentat, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

10.3 REFUS DU BENEFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

10.4 EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'il survient moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes,
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

Les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

11. VIE DU CONTRAT

11.1 DUREE DES GARANTIES

Les garanties d'assistance s'appliquent durant la période de validité du contrat SECUR'Famille 2 souscrit par l'assuré auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance.

11.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit, en cas de renonciation ou de résiliation par l'assuré de son contrat d'assurance de groupe souscrit auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance ou en cas de résiliation par l'assureur dans les cas prévus par la loi et plus généralement en cas de cessation du contrat d'assurance, pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

11.3 COTISATIONS

11.3.1 MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation à l'adhésion est forfaitaire et inclus le montant de la taxe d'assurance.

Le tarif est révisable chaque année au 1^{er} janvier. L'adhérent sera informé au plus tard trois mois avant l'échéance anniversaire de son adhésion, date à laquelle le nouveau montant de cotisation lui sera applicable. Si l'adhérent n'accepte pas le nouveau tarif, il peut résilier son adhésion.

11.3.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

La périodicité des cotisations d'assurance choisie par l'adhérent sera appliquée à la cotisation d'assistance. Les cotisations sont payables d'avance.

La cotisation d'assistance est prélevée conjointement avec la cotisation d'assurance.

Le défaut de paiement des cotisations sera soumis aux formalités consécutives à un défaut de paiement des cotisations d'assurance et conduira aux mêmes conséquences.

11. 4 SUBROGATION

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

11.5 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où le bénéficiaire en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire contre IMA ASSURANCES 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 le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES de droit à garantie des bénéficiaires ;
- la demande en justice, même en référé ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le bénéficiaire à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA ASSURANCES et le bénéficiaire 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.

11.6 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

IMA ASSURANCES collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données à caractère personnel suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du Contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au Contrat d'assistance ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du Contrat d'assistance et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;

Ces données à caractère personnel sont utilisées par IMA ASSURANCES pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation du Contrat d'assistance ;
- la gestion du Contrat d'assistance ;
- l'exécution du Contrat d'assistance ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier Inter Mutuelles Assistance GIE, à tout intervenant dans l'opération d'assistance, y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux sous-traitants techniques d'IMA ASSURANCES pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer le consentement donné au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : IMA ASSURANCES - Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort / dpo@ima.eu. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime ou du droit de demander la limitation du traitement. Il peut également demander la portabilité de ses Données personnelles lorsque ces dernières ont été nécessaires à l'étude de sa demande de Contrat d'assistance.

Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA ASSURANCES aux coordonnées suivantes : IMA ASSURANCES - Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

11.7 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, le bénéficiaire peut contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, le bénéficiaire peut saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

(Saut de page)

ANNEXES

TARIFS EN VIGUEUR AU 1ER JANVIER 2019

Barème des cotisations d'assurance et d'assistance en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2019, révisable selon les dispositions des conditions générales valant notice d'information

	25 000 €			45 000 €			100 000 €		
	Formule Initial	Formule Confort	Formule Optimal	Formule Initial	Formule Confort	Formule Optimal	Formule Initial	Formule Confort	Formule Optimal
18 ans	25,72 €	28,12 €	34,60 €	43,60	47,80	59,56	92,68 €	102,04 €	128,08 €
19 ans	26,44 €	28,84 €	36,16 €	44,80	49,00	62,20	95,32 €	104,68 €	133,96 €
20 ans	26,80 €	29,20 €	37,00 €	45,52	49,72	63,64	96,88 €	106,24 €	137,32 €
21 ans	27,04 €	29,56 €	37,48 €	46,00	50,56	64,72	98,08 €	108,28 €	139,84 €
22 ans	27,28 €	30,04 €	37,96 €	46,36	51,28	65,56	98,92 €	109,96 €	141,64 €
23 ans	27,40 €	30,40 €	38,20 €	46,72	52,12	66,28	99,64 €	111,52 €	142,96 €
24 ans	27,64 €	30,88 €	38,68 €	46,96	52,72	66,88	100,24 €	112,96 €	144,40 €
25 ans	27,76 €	31,12 €	39,04 €	47,20	53,32	67,60	100,72 €	114,28 €	145,96 €
26 ans	27,88 €	31,60 €	39,64 €	47,44	54,16	68,68	101,20 €	116,20 €	148,36 €
27 ans	28,00 €	32,08 €	40,24 €	47,56	54,88	69,64	101,56 €	117,88 €	150,76 €
28 ans	28,00 €	32,44 €	40,84 €	47,80	55,72	70,84	101,92 €	119,68 €	153,28 €
29 ans	28,48 €	33,28 €	41,92 €	48,40	56,92	72,40	103,48 €	122,56 €	157,00 €
30 ans	29,32 €	34,48 €	43,36 €	49,96	59,20	75,16	106,96 €	127,36 €	162,88 €
31 ans	30,88 €	36,64 €	45,64 €	52,84	63,16	79,48	113,32 €	136,24 €	172,36 €
32 ans	33,40 €	39,76 €	49,00 €	57,40	68,92	85,60	123,40 €	148,84 €	186,04 €
33 ans	36,28 €	43,24 €	52,72 €	62,56	75,16	92,20	134,80 €	162,76 €	200,56 €
34 ans	39,04 €	46,72 €	56,32 €	67,48	81,16	98,44	145,96 €	176,44 €	214,72 €
35 ans	41,32 €	49,60 €	59,32 €	71,56	86,44	103,84	154,96 €	187,96 €	226,72 €
36 ans	43,48 €	52,96 €	62,68 €	75,64	92,68	110,20	163,96 €	201,88 €	240,88 €
37 ans	46,12 €	56,80 €	66,52 €	80,32	99,64	117,16	174,40 €	217,24 €	256,24 €
38 ans	49,24 €	61,24 €	70,96 €	85,96	107,44	124,96	186,88 €	234,76 €	273,52 €
39 ans	52,72 €	65,92 €	75,52 €	92,08	115,84	133,12	200,56 €	253,36 €	291,64 €
40 ans	56,68 €	71,08 €	80,44 €	99,28	125,20	142,12	216,40 €	274,12 €	311,80 €
41 ans	61,12 €	77,92 €	87,16 €	107,44	137,68	154,24	234,52 €	301,60 €	338,44 €
42 ans	66,28 €	85,36 €	94,36 €	116,56	151,00	167,20	254,80 €	331,36 €	367,24 €
43 ans	71,80 €	93,28 €	102,04 €	126,40	165,04	180,76	276,76 €	362,68 €	397,60 €
44 ans	78,64 €	102,52 €	111,04 €	138,76	181,60	196,84	304,12 €	399,40 €	433,36 €
45 ans	86,80 €	112,96 €	121,24 €	153,64	200,80	215,68	337,12 €	441,76 €	474,76 €
46 ans	96,28 €	126,04 €	134,08 €	170,68	224,32	238,84	375,04 €	494,20 €	526,36 €
47 ans	106,60 €	140,08 €	148,00 €	189,28	249,40	263,56	416,32 €	550,00 €	581,56 €
48 ans	115,84 €	152,92 €	160,72 €	205,84	272,56	286,48	453,28 €	601,48 €	632,44 €
49 ans	124,36 €	165,04 €	172,72 €	221,08	294,28	308,08	487,00 €	649,72 €	680,32 €
50 ans	135,16 €	179,44 €	187,00 €	240,52	320,32	334,00	530,32 €	707,56 €	737,92 €

	25 000 €			45 000 €			100 000 €		
	Formule Initial	Formule Confort	Formule Optimal	Formule Initial	Formule Confort	Formule Optimal	Formule Initial	Formule Confort	Formule Optimal
51 ans	147,28 €	196,72 €	204,28 €	262,36	351,28	364,96	579,04 €	776,80 €	807,28 €
52 ans	161,68 €	216,28 €	223,96 €	288,28	386,44	400,24	636,52 €	854,68 €	885,40 €
53 ans	178,24 €	237,88 €	245,68 €	318,16	425,56	439,60	702,76 €	941,44 €	972,52 €
54 ans	197,20 €	262,00 €	269,92 €	352,24	468,88	483,16	778,48 €	1 037,68 €	1 069,36 €
55 ans	217,12 €	287,08 €	295,24 €	388,12	514,00	528,64	858,40 €	1 138,12 €	1 170,52 €
56 ans	237,28 €	314,68 €	322,96 €	424,48	563,92	578,92	939,16 €	1 248,88 €	1 282,12 €
57 ans	256,96 €	341,92 €	350,44 €	459,76	612,64	628,00	1 017,52 €	1 357,36 €	1 391,56 €
58 ans	273,28 €	365,80 €	374,56 €	489,16	655,60	671,44	1 082,92 €	1 452,76 €	1 487,92 €
59 ans	291,76 €	391,72 €	400,84 €	522,40	702,40	718,84	1 156,84 €	1 556,80 €	1 593,40 €
60 ans	312,40 €	419,92 €	429,52 €	559,72	753,28	770,56	1 239,52 €	1 669,48 €	1 707,76 €
61 ans	336,04 €	453,28 €	463,60 €	602,20	813,28	831,88	1 334,08 €	1 803,16 €	1 844,44 €
62 ans	363,04 €	490,12 €	501,28 €	650,80	879,52	899,56	1 441,96 €	1 950,16 €	1 994,80 €
63 ans	393,28 €	530,08 €	542,20 €	705,28	951,52	973,24	1 563,16 €	2 110,48 €	2 158,84 €
64 ans	427,84 €	574,48 €	587,68 €	767,32	1 031,20	1 054,84	1 701,04 €	2 287,36 €	2 340,04 €
65 ans	466,12 €	622,48 €	636,88 €	836,20	1 117,60	1 143,40	1 854,04 €	2 479,48 €	2 536,84 €
66 ans	508,84 €	677,20 €	692,92 €	913,12	1 216,24	1 244,44	2 025,04 €	2 698,60 €	2 761,24 €
67 ans	555,64 €	736,12 €	753,28 €	997,48	1 322,20	1 353,04	2 212,48 €	2 934,16 €	3 002,68 €
68 ans	607,48 €	799,96 €	818,68 €	1 090,84	1 437,28	1 471,00	2 419,84 €	3 189,76 €	3 264,76 €
69 ans	664,96 €	869,44 €	889,96 €	1 194,16	1 562,32	1 599,28	2 649,64 €	3 467,68 €	3 549,88 €
70 ans	729,28 €	945,76 €	968,32 €	1 310,08	1 699,84	1 740,40	2 907,04 €	3 773,20 €	3 863,44 €
71 ans	800,32 €	800,32 €	825,16 €	1 437,88	1 437,88	1 482,52	3 191,20 €	3 191,20 €	3 290,32 €
72 ans	878,20 €	878,20 €	905,44 €	1 578,04	1 578,04	1 627,12	3 502,72 €	3 502,72 €	3 611,68 €
73 ans	964,24 €	964,24 €	994,24 €	1 732,96	1 732,96	1 786,84	3 846,88 €	3 846,88 €	3 966,64 €
74 ans	1 060,48 €	1 060,48 €	1 093,48 €	1 906,12	1 906,12	1 965,52	4 231,72 €	4 231,72 €	4 363,72 €
75 ans	1 169,20 €	1 169,20 €	1 205,68 €	2 101,72	2 101,72	2 167,36	4 666,48 €	4 666,48 €	4 812,28 €
76 ans	1 293,16 €	1 293,16 €	1 333,60 €	2 324,92	2 324,92	2 397,64	5 162,32 €	5 162,32 €	5 323,84 €
77 ans	1 433,20 €	1 433,20 €	1 478,08 €	2 577,16	2 577,16	2 657,92	5 722,84 €	5 722,84 €	5 902,24 €
78 ans	1 593,04 €	1 593,04 €	1 642,96 €	2 864,80	2 864,80	2 954,80	6 362,20 €	6 362,20 €	6 562,12 €
79 ans	1 778,80 €	1 778,80 €	1 834,72 €	3 199,12	3 199,12	3 299,80	7 105,00 €	7 105,00 €	7 328,56 €
80 ans	1 997,08 €	1 997,08 €	2 059,96 €	3 592,00	3 592,00	3 705,16	7 978,24 €	7 978,24 €	8 229,76 €
81 ans	2 251,72 €	2 251,72 €	2 322,76 €	4 050,28	4 050,28	4 178,08	8 996,56 €	8 996,56 €	9 280,60 €
82 ans	2 543,32 €	2 543,32 €	2 623,72 €	4 575,28	4 575,28	4 720,00	10 163,20 €	10 163,20 €	10 484,68 €
83 ans	2 869,48 €	2 869,48 €	2 960,32 €	5 162,44	5 162,44	5 326,00	11 467,96 €	11 467,96 €	11 831,44 €
84 ans	3 227,20 €	3 227,20 €	3 329,56 €	5 806,12	5 806,12	5 990,44	12 898,36 €	12 898,36 €	13 307,92 €
85 ans	3 618,52 €	3 618,52 €	3 733,60 €	6 510,64	6 510,64	6 717,76	14 464,00 €	14 464,00 €	14 924,20 €
86 ans	4 045,84 €	4 045,84 €	4 174,72 €	7 279,84	7 279,84	7 511,80	16 173,28 €	16 173,28 €	16 688,80 €
87 ans	4 504,84 €	4 504,84 €	4 648,60 €	8 105,92	8 105,92	8 364,64	18 009,16 €	18 009,16 €	18 584,20 €
88 ans	4 988,80 €	4 988,80 €	5 148,16 €	8 977,12	8 977,12	9 264,04	19 944,88 €	19 944,88 €	20 582,44 €
89 ans	5 488,72 €	5 488,72 €	5 664,28 €	9 876,88	9 876,88	10 192,84	21 944,44 €	21 944,44 €	22 646,56 €

Ci-dessus, à titre indicatif, le montant de la cotisation annuelle en euros (taxe d'assurance et coût de l'assistance compris). Ce montant peut faire l'objet d'une majoration tarifaire au vu de l'analyse des formalités d'adhésion.

Le montant de la cotisation annuelle (taxe d'assurance incluse) du contrat d'assistance est de 3,40 € TTC au 1er Janvier 2019.

L'adhérent ne doit pas avoir plus de 69 ans pour pouvoir adhérer au contrat SECUR'Famille 2 avec la formule « Plus » ou la formule « Optimal ». Il ne doit pas avoir plus de 85 ans pour pouvoir adhérer au contrat SECUR'Famille 2 avec la formule « Initial ».

LA FISCALITE DU CONTRAT SECUR'FAMILLE 2 EN VIGUEUR AU 1^{er} JANVIER 2018*

Fiscalité applicable en cas de PTIA

Les sommes versées à l'assuré sont exonérées d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux.

Fiscalité applicable en cas de décès

Age de l'assuré lors du versement de la dernière prime (cotisation)	Fiscalité appliquée aux décès survenant à compter du 1er janvier 2018	
Moins de 70 ans	Application de l'article 990-I du Code général des impôts sous réserve que : - l'adhérent soit résident français au jour du décès ; - Ou - le bénéficiaire soit résident français au moment du décès de l'assuré et qu'il l'ait été pendant au moins six ans au cours des dix années précédant le décès. Prélèvement forfaitaire sur la part taxable *(1) après application d'un abattement de 152 500 euros par bénéficiaire tous contrats confondus**(2), soit : - 0% pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire inférieure à 152 500 euros ; - 20,00 % pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire compris entre 152 502 euros et 857 500 ; - 31,25% pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire supérieure à 852 000 euros- 31,25 % pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire supérieur à 852 000 euros .	Le bénéficiaire est exonéré du prélèvement forfaitaire et des droits de successions en application des articles 795, 796-O bis et 796-O ter du Code général des impôts, lorsqu'il est : - le conjoint de l'assuré ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ; - le frère ou la sœur de l'assuré, à la charge de l'assuré, dans les conditions définies au Code général des impôts.
Plus de 70 ans	Application de l'article 757 B du Code général des impôts Application des droits de succession (selon le degré de parenté entre l'assuré et le bénéficiaire) à la fraction de la dernière prime annuelle versée excédant 30 500 euros *** (3)	

***(1) Dernière prime annuelle versée à la condition qu'elle excède 300 euros**

**** (2)** Pour que l'assureur puisse appliquer cet abattement de 152 500 euros avant l'application du prélèvement, le bénéficiaire doit lui fournir une attestation sur l'honneur certifiant que l'abattement de 152 500 euros n'a pas été épuisé par :

- le versement de sommes, rentes ou valeurs quelconques reçues d'un ou plusieurs autres organismes d'assurance, à raison du décès du même assuré et
- le montant des dernières primes annuelles versées par ledit assuré pour des contrats non rachetables.

***** (3)** Attention : lorsque plusieurs contrats d'assurance sur la vie, rachetables ou non, sont conclus sur la tête d'un même assuré, quel que soit le nombre de bénéficiaires, il est tenu compte de l'ensemble des cotisations versées après le soixante-dixième anniversaire de celui-ci pour apprécier le franchissement du seuil de 30 500 euros.

NB : Ces indications générales sur la fiscalité sont données sous réserve de l'évolution des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et n'ont pas valeur contractuelle.

(Saut de page)

PROTECTION PAR L'ASSUREUR DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNELLES

1.1 Réglementation applicable

La collecte et le traitement par BCPE VIE/BPCE PREVOYANCE (« l'Assureur »), en qualité de responsable du traitement, de vos données à caractère personnel (les « **Données personnelles** ») dans le cadre de votre demande d'adhésion au présent Contrat (la « **Demande d'adhésion** » ou l'« **Adhésion** ») sont régis par :

- la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite Loi Informatiques et Libertés (modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique) ;
- le Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

1.2 Finalités des traitements réalisés par l'Assureur

Toutes vos Données personnelles, y compris les données médicales ou de santé, demandées dans le cadre de votre Demande d'adhésion (et ce, y compris dans le cadre de votre fiche de santé et de votre questionnaire de santé simplifié) sont nécessaires au traitement de votre demande. A défaut, l'Assureur ne peut procéder à son étude et, par conséquent, donner de suite favorable à celle-ci.

Vos Données personnelles ainsi collectées sont utilisées par l'Assureur uniquement pour les finalités suivantes :

☐ la passation, la gestion et l'exécution de votre Adhésion

=> pour les finalités visées ci-dessus, l'Assureur a besoin de recueillir et de traiter vos Données personnelles pour accepter votre Demande d'adhésion et/ou permettre le bon fonctionnement de votre Adhésion.

☐ la lutte contre la fraude

=> la finalité visée ci-dessus se fonde sur l'intérêt légitime de l'Assureur, garant du respect de la mutualité des assurés. Par conséquent, vos Données personnelles peuvent être recueillies et utilisées pour lutter contre la fraude.

☐ la lutte contre le blanchiment des capitaux et la lutte contre le financement du terrorisme

=> la finalité visée ci-dessus se fonde sur le respect de nos obligations légales et réglementaires. Par conséquent, vos Données personnelles sont donc recueillies et utilisées à des fins de sécurité financière.

☐ le ciblage des clients ;

=> la finalité visée ci-dessus se fonde sur l'intérêt légitime de l'Assureur et le respect de la réglementation applicable. En effet, l'Assureur doit concevoir des produits et des services adaptés à ses clients mais aussi répondre à l'ensemble des exigences réglementaires liées à la connaissance du client.

☐ la prise de décision automatisée concernant l'acceptation de votre Demande d'adhésion

=> pour les finalités visées ci-dessus, l'Assureur a besoin de recueillir, de traiter vos Données personnelles afin de mesurer de manière objective le risque, et d'établir des conditions tarifaires les plus adaptées.

1.3 Destinataires de vos Données personnelles

Dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, les destinataires de vos Données personnelles sont :

- les personnels habilités de l'Assureur ou du Groupe BPCE ;
- les personnels habilités des sous-traitants liés contractuellement à l'Assureur pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- les personnels habilités des partenaires ou des réassureurs de l'Assureur, ainsi que toute personne habilitée et intéressée au Contrat intervenant aux seules fins d'exécution de ses obligations contractuelles ou réglementaires au titre de votre Demande d'adhésion.

1.4 Transfert de vos Données personnelles vers des pays en dehors de l'Union européenne.

Vos Données personnelles peuvent faire l'objet d'un hébergement dans un pays hors de l'Union européenne dans le respect des conditions imposées par la législation européenne et nationale, toutes les précisions sont accessibles sur le site institutionnel de l'Assureur à l'adresse Internet suivante : <https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com>

1.5 Conservation de vos Données personnelles

L'Assureur conserve vos Données personnelles selon les durées précisées ci-dessous :

- si vous avez adhéré au Contrat :

- pendant la durée nécessaire à l'exécution de l'Adhésion au Contrat
- puis à l'issue de cette durée d'exécution, pendant une durée de 30 ans (*sauf si l'Adhésion considérée ne couvre qu'une garantie accident, dans cette hypothèse, les données sont conservées 10 ans après le terme de l'adhésion*) ;

- si votre demande d'adhésion n'a pas été acceptée par l'Assureur : pendant un délai de 5 ans .

1.6 Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait de votre consentement au traitement de vos Données personnelles ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité de vos Données personnelles lorsque ces dernières ont été nécessaires à l'étude de votre Demande d'adhésion ou à l'exécution de votre Adhésion

Toute demande relative à l'exercice de vos droits visés ci-dessus doit être adressée au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées sont les suivantes : BP 4 - 75060 Paris Cedex 02 - dpo@natixis.com.

En cas de désaccord persistant concernant vos Données personnelles, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris, 01 53 73 22 22

(saut de page)

ANNEXE A LA CONVENTION D'ASSISTANCE A DOMICILE - ENVELOPPE DE SERVICES (AU 01.01.2019)

Enveloppe de services pour l'assuré ou son conjoint.

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Enveloppe adulte malade	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

Enveloppe de services pour enfant.

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* A/R Déplacement par train 1^{ère} classe ou avion classe économique – Hébergement : dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € maximum par nuit.

** Dans un rayon de 50km.