

NOTICE D'INFORMATION

TNS PREVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION VALANT INFORMATIONS CONTRACTUELLES ET PRECONTRACTUELLES
AU SENS DE L'ARTICLE L. 112-2 DU CODE DES ASSURANCES

TNS Prévoyance est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative. Il est conclu entre : ACM VIE SA et ACM IARD SA, ci-après dénommés « assureur » et l'Association de Retraite Populaire Individuelle (ARPI) agissant pour le compte de ses adhérents et/ou les Fédérations du Crédit Mutuel agissant pour le compte des sociétaires et des clients des Caisses de Crédit Mutuel et/ou les banques du CIC agissant pour le compte des clients des Agences du CIC ci-après dénommées chacune « souscripteur ». La société ACM VIE SA est désignée comme la société interlocutrice chargée d'assurer les relations entre les assurés et l'assureur. Toutes les dispositions du contrat collectif peuvent être modifiées par avenant au contrat collectif signé entre le souscripteur et l'assureur.

Afin de faciliter la lecture du contrat, un lexique, placé à la fin de la notice d'information, donne la définition des principaux termes techniques utilisés.

VOS GARANTIES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre à disposition des Assurés un régime de prévoyance complémentaire à leur régime obligatoire. TNS Prévoyance permet de garantir à l'Assuré les risques de Décès et/ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie assurés par les ACM VIE SA, d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et/ou d'Invalidité Permanente assurés par les ACM IARD SA.

Adhésion dans le cadre de la Loi Madelin

Les TNS (sauf micro-entrepreneurs) et Gérants majoritaires peuvent bénéficier des avantages Madelin conformément à la loi n° 94-126 du 11.02.1994 dite «Loi Madelin», sous réserve que l'Adhérent soit imposable en France au titre de ses revenus. Dans ce cas, l'Adhérent demande son adhésion à ARPI pour bénéficier des dispositions de la Loi Madelin; il devra justifier de l'acquittement régulier de ses cotisations au titre des régimes légaux de Sécurité sociale dont il relève et être à jour de ses cotisations ARPI. En cas de non-acquittement de la cotisation à ARPI et au régime obligatoire de base, le contrat perd les avantages de la loi «Madelin». **Si l'Adhérent n'est pas à jour de ses cotisations au régime obligatoire, les garanties dans le cadre de la loi Madelin ne pourraient être accordées et l'Adhérent s'exposerait aux dispositions des articles L. 652-4 et R. 652-1 du Code de la Sécurité sociale.**

L'Adhérent est tenu de déclarer à l'assureur la cessation de son activité professionnelle de TNS ou de Gérant majoritaire pour la mise à jour de son contrat d'assurance.

ARTICLE 2 – INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

ARTICLE 2.1 – Dispositions communes aux garanties Maintien de Revenu et Frais Généraux

Les garanties Maintien de Revenu et Frais Généraux interviennent en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail. L'Incapacité Temporaire Totale de Travail est l'impossibilité absolue, complète et médicalement constatée pour l'Assuré d'exercer toute activité professionnelle, même partiellement, y compris une activité de direction ou de surveillance, par suite de Maladie ou d'Accident. Pour ces deux garanties, l'assureur verse l'indemnité journalière choisie par l'Assuré figurant sur la demande d'adhésion ou sur les conditions particulières. Si le motif de l'incapacité de travail venait à être modifié par le médecin de l'Assuré au cours de l'arrêt de travail, ceci constituerait un nouvel arrêt de travail et donnerait lieu à application de la franchise et des modalités de versement s'y rapportant. Le versement des indemnités journalières cesse à l'échéance principale de la survenance du premier des événements suivants :

- la liquidation de la retraite ;
- la date de Consolidation ;
- le décès de l'Assuré ;
- en tous les cas, au plus tard à l'échéance principale qui suit l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les Professions libérales médicales.

L'indemnisation au titre des garanties Maintien de Revenu et Frais Généraux s'effectue dans la limite des exclusions citées à l'article 22 et selon les conditions énoncées aux articles 4 et 9.

ARTICLE 2.2 – Spécificités de la garantie Maintien de Revenu

Les indemnités journalières sont versées sous réserve des dispositions relatives au plafonnement des prestations prévues en cas d'arrêt de travail de l'Assuré par suite de Maladie ou d'Accident, énoncées à l'article 4.1.

Le versement des indemnités journalières s'effectue mensuellement à terme échu après expiration de la période de Franchise absolue et du Délai de carence prévus, et ce pendant toute la durée de l'arrêt de travail et au maximum, selon la durée d'indemnisation choisie par l'Assuré figurant sur la demande d'adhésion, au titre d'un même sinistre.

ARTICLE 2.3 – Spécificités de la garantie Frais Généraux

Cette option, choisie à l'adhésion, est réservée aux Assurés ayant souscrit la garantie Maintien de Revenu et n'est pas ouverte au conjoint collaborateur.

Les frais fixes sont les frais habituellement supportés par l'Adhérent pour l'exercice de son activité professionnelle et qui sont les suivants :

- les frais professionnels de l'activité ;
 - la rémunération d'un remplaçant.
- Les frais fixes sont les frais habituellement supportés par l'Adhérent pour l'exercice de son activité professionnelle et qui sont les suivants :
- salaires nets et avantages en nature des collaborateurs,
 - charges sociales sur salaires des collaborateurs,
 - contribution sociale généralisée déductible,
 - taxes sur la valeur ajoutée et professionnelle,
 - autres impôts,
 - loyer et charges locatives,
 - location de matériel et de mobilier,
 - entretiens et réparations,
 - frais de chauffage, eau, gaz, électricité,
 - honoraires ne constituant pas de rétrocessions,
 - primes d'assurance,
 - fournitures de bureau, documentation et affranchissement,
 - charges sociales personnelles,
 - frais d'actes et de contentieux,
 - cotisations syndicales et professionnelles,
 - mensualités de prêts professionnels (si elles ne font pas l'objet d'un remboursement par une autre assurance).

Le versement des indemnités journalières s'effectue mensuellement à terme échu après expiration de la période de Franchise absolue et du Délai de carence prévus, et ce pendant toute la durée de l'arrêt de travail et au maximum, jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail au titre d'un même sinistre.

ARTICLE 2.4 – Reprise partielle d'activité

En cas de reprise partielle d'une activité professionnelle ou de mi-temps thérapeutique, les indemnités journalières versées au titre des garanties Maintien de Revenu et Frais Généraux sont réduites de 50% et versées pendant une période maximum de 2 mois par arrêt de travail entre deux dates anniversaires de l'adhésion.

ARTICLE 2.5 – Rechute

Si une cessation d'activité est imputée à une Maladie ou un Accident antérieur ayant déjà fait l'objet d'une prise en charge par l'assureur au titre du présent contrat, elle sera considérée comme une Rechute si elle intervient dans les 2 mois.

L'indemnisation reprendra au premier jour de la cessation d'activité, sans que le cumul total des journées d'incapacité de travail prises en charge puisse dépasser la durée d'indemnisation choisie à l'adhésion. Le montant de l'indemnité journalière sera identique à celui versé auparavant sauf en cas de reprise partielle d'activité.

ARTICLE 3 – INVALIDITE PERMANENTE

ARTICLE 3.1 – Garantie Invalidité Permanente

On entend par Invalidité Permanente de l'Assuré, la perte définitive d'une part significative ou totale de la capacité d'exercer toute activité rémunérée suite à une atteinte corporelle, par Maladie ou par Accident.

Cette garantie est réservée aux Assurés ayant souscrit la garantie Maintien de Revenu avec une durée d'indemnisation de 1095 jours. L'assureur verse une rente, au plus tôt à partir de la fin du délai de franchise et du Délai de carence en cas d'Invalidité Permanente survenant avant l'échéance principale qui suit l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou le 70ème anniversaire de l'Assuré pour les Professions libérales médicales.

La garantie Invalidité Permanente intervient en relais de la garantie Maintien de Revenu : le versement de la rente d'invalidité intervient en lieu et place du versement d'indemnités journalières. La base de la rente garantie est égale à 365 fois le montant de l'indemnité journalière déterminée selon les modalités prévues aux articles 4.1 à 4.4 de la présente notice d'information. A ce montant sera appliqué un taux de prise en charge 'n' résultant du barème mentionné à l'article 3.1.1. Le versement de la rente intervient à compter de la date de Consolidation.

ARTICLE 3.1.1 – Détermination du taux de prise en charge standard

Le taux de prise en charge est fixé par expertise médicale demandée par l'assureur.

Il résulte de la combinaison des deux éléments suivants :

- le taux d'incapacité fonctionnelle,
- le taux d'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée en pourcentage avec un maximum de 100%, en dehors de toute considération professionnelle, sur la base du barème fonctionnel indicatif des incapacités en Droit commun (Barème du « Concours médical » en vigueur), en appliquant la règle de Balthazard. Cette règle, dite des capacités restantes, est employée pour obtenir un pourcentage d'incapacité proportionnel au nombre et à la gravité des infirmités.

L'incapacité professionnelle est appréciée en pourcentage avec un maximum de 100% par rapport à l'activité déclarée et effectivement exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice et des possibilités d'exercice restantes d'une profession quelconque.

Taux de prise en charge

TIP	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	0%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	50%	50%
20	0%	0%	0%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
30	0%	0%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	100%
40	0%	0%	50%	50%	50%	50%	50%	100%	100%
50	0%	50%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%
60	0%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%
70	0%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%
80	0%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
90	0%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
100	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%

TIP : Taux d'Incapacité Professionnelle

ARTICLE 3.1.2 – Exception dans la détermination du taux de prise en charge pour les Professions médicales libérales

Cette option, choisie à l'adhésion, est réservée aux Assurés exerçant une Profession médicale libérale.

Dans ce cas, le taux d'invalidité est apprécié par référence au barème d'invalidité relatif à l'activité de l'Assuré figurant en Annexe 2 en tenant compte, le cas échéant, de l'activité de l'Assuré avant et après la survenance de l'invalidité. Ce taux (N) est fixé par expertise médicale entre 0% et 100%.

- Si N est égal ou supérieur à 66%, la rente est servie en totalité.

- Si N est compris entre 15% et 66%, le taux de prise en charge (n), appliqué au montant de la rente, est fixé à N/66.

- **Aucune rente n'est versée si le taux N est inférieur à 15%.**

ARTICLE 3.2 – Révision éventuelle du taux d'invalidité

L'invalidité est susceptible d'être révisée par expertise médicale, dans le sens d'une aggravation ou d'une diminution. La rente allouée précédemment sera majorée ou minorée à compter de la date d'échéance principale de l'adhésion suivant la constatation par l'assureur de la modification des taux tels que déterminés aux articles 3.1.1 et 3.1.2 selon l'option choisie.

ARTICLE 3.3 – Paiement de la rente

Le versement de la rente est poursuivi tant que subsiste l'Invalidité Permanente. Cette garantie cesse à l'échéance principale de la survenance du premier des événements suivants :

- le décès de l'Assuré ;
- la liquidation de sa retraite ;
- en tous les cas, au plus tard avant l'échéance principale qui suit l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou au 70ème anniversaire de l'Assuré selon mention au certificat de garantie ou aux conditions particulières.

Les arrérages de rentes sont versés, à terme échu, par trimestre civil et, pour la première fois, au prorata temporis du jour de la reconnaissance de l'Invalidité Permanente par l'assureur jusqu'au dernier jour du trimestre civil en cours. Ils sont réglés jusqu'à la fin du mois qui précède la date de survenance de l'événement à l'origine de la cessation de garantie.

ARTICLE 4 – DISPOSITIONS COMMUNES A L'INCAPACITE DE TRAVAIL ET A L'INVALIDITE PERMANENTE

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente ne peuvent être souscrites qu'en France métropolitaine.

ARTICLE 4.1 – Plafonnement des prestations à la perte de Revenus professionnels au titre de l'ensemble des contrats TNS Prévoyance souscrits par l'Assuré

Les prestations versées au titre des garanties Maintien de Revenu et Invalidité Permanente interviennent sous déduction des prestations versées par les régimes obligatoires. Le total des prestations versées au titre du (des) contrat(s) d'assurance et des régimes obligatoires est plafonné au montant des Revenus professionnels et des dividendes de l'année précédente ou – si celle-ci est plus favorable – sur la moyenne des revenus des trois dernières années.

Les documents pris en compte sont le(les) dernier(s) avis d'imposition sur le revenu ou la(les) dernière(s) déclaration(s) commune(s) des revenus en matière de cotisations sociales précédant l'adhésion.

Le montant et la durée de l'indemnité journalière ne peuvent toutefois dépasser les limites figurant au certificat de garantie ou aux conditions particulières.

Pour les conjoints collaborateur, les Créateurs et les Repreneurs, les prestations sont versées selon l'indemnité journalière choisie, déduction faite des versements du régime obligatoire.

ARTICLE 4.2 – Délai de carence

Le Délai de carence est fixé à :

- 0 jour si l'arrêt de travail est consécutif à un Accident,
- 12 mois pour les arrêts de travail résultant de pathologies lombaires ou relatives à tout ou partie de l'axe rachidien,
- 3 mois pour tous les autres arrêts de travail.

L'augmentation ou le rajout de garantie en cours de vie du contrat est considéré comme une nouvelle adhésion. Par conséquent, en cas d'augmentation ou de rajout de garantie, les Délais de carence définis ci-dessus s'appliquent à l'augmentation ou au rajout de garantie à compter de la date d'effet de l'avenant.

ARTICLE 4.3 – Affections survenant pendant le Délai de carence

Les arrêts de travail ou l'invalidité survenant pendant ou après le Délai de carence pour les affections qui se sont déclarées pendant ce délai ne sont pas garantis, y compris en cas de Rechute. Si l'Assuré est en arrêt de travail pendant le Délai de carence, la garantie ne prendra effet qu'après une reprise effective totale du travail d'une durée minimum de 2 mois consécutifs.

ARTICLE 4.4 – Pathologies lombaires ou relatives à l'axe rachidien

L'indemnité journalière ou la rente à verser sont réduites de 50% et sont versées après une période de franchise supplémentaire de 90 jours qui s'ajoute à celle choisie par l'Assuré et qui figure sur la demande d'adhésion.

ARTICLE 5 – DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

L'assureur verse les prestations suivantes, sous réserve des exclusions prévues à l'article 22 :

- En cas de décès de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, survenant avant l'échéance principale suivant son 70ème anniversaire, au bénéficiaire désigné ;
- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenant avant l'échéance principale qui suit l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

ARTICLE 5.1 – Rente viagère/Conjoint en cas de Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur verse le montant de la rente qui figure sur la demande d'adhésion à l'Assuré lui-même avec une réversion à 100% au profit du Conjoint au moment du décès de l'Assuré. La rente est payable par trimestre civil échu. Elle cesse au jour du décès du bénéficiaire. Le premier arrérage est calculé au prorata du nombre de jours entre le lendemain du jour du décès ou du lendemain de la date de reconnaissance de la PTIA par l'assureur et du dernier jour du mois en cours.

ARTICLE 5.2 – Capital Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur verse le capital qui figure sur la demande d'adhésion. Le paiement du capital met fin à l'adhésion.

Bénéficiaire du Capital Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré :

Le bénéficiaire du capital est l'Assuré lui-même.

- En cas de décès de l'Assuré :

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). En l'absence de désignation particulière sur la demande d'adhésion, il est versé :

- au conjoint survivant ni divorcé ni séparé de corps de l'Assuré ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, de l'Assuré ;
- à défaut aux ascendants de l'Assuré ;
- à défaut aux héritiers de l'Assuré.

En l'absence de bénéficiaire acceptant, l'Assuré peut modifier à tout moment la désignation de bénéficiaire, en avisant par écrit l'assureur par lettre recommandée.

Désignation des bénéficiaires : L'Adhérent désigne le ou les bénéficiaire(s) du contrat dans la demande d'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. La désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Adhérent peut désigner nommément un bénéficiaire et porter à l'adhésion les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'Assuré. L'Adhérent peut modifier la clause bénéficiaire lorsqu'il le souhaite. A défaut de désignation valable au jour du décès, ou de bénéficiaire désigné pour tout ou partie du capital constitué, celui-ci sera versé aux héritiers de l'Adhérent. Le bénéficiaire en cas de décès nommément désigné a la faculté d'accepter la désignation. Tant que l'Adhérent est en vie, l'acceptation doit prendre la forme soit d'un avenant, soit d'un acte sous seing privé ou acte authentique signé par l'Adhérent et du bénéficiaire et notifié à l'assureur. L'acceptation de la désignation de bénéficiaire prive l'Adhérent, sauf accord du bénéficiaire, de ses droits sur le contrat et notamment de son droit de procéder à la modification du bénéficiaire du contrat.

L'assureur attire l'attention de l'Adhérent sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation particulière de bénéficiaire(s).

ARTICLE 5.3 – Rente éducation en cas de Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur verse la rente mensuelle qui figure sur la demande d'adhésion à chacun des enfants désignés. Cette rente sera servie au début de chaque mois civil. Elle sera versée au plus tard, pour chacun des bénéficiaires, jusqu'à l'échéance principale suivant son 25^{ème} anniversaire. Elle cesse au jour du décès du bénéficiaire de la rente s'il est antérieur à son 25^{ème} anniversaire. Le premier arrérage est calculé au prorata du nombre de jours entre le lendemain du jour du décès ou le lendemain de la date de reconnaissance de la PTIA et du dernier jour du mois en cours.

ARTICLE 5.4 – Double Effet

Si, simultanément ou dans les 12 mois suivant le décès ou la PTIA de l'Assuré, le Conjoint de celui-ci décède ou est atteint de PTIA, le capital indiqué aux conditions particulières ou sur le certificat de garantie sera versé :

- à l'Assuré s'il est atteint de PTIA,
- ou aux Enfants à charge de l'Assuré au jour de son décès. Ce capital est réparti par parts égales, entre ceux-ci, à condition qu'ils soient encore fiscalement à charge du Conjoint lors du décès ou de la PTIA de ce dernier.

ARTICLE 6 – CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE EN CAS D'ACCIDENT

L'assureur verse un capital supplémentaire égal au capital versé au titre de la garantie Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes :

- En cas de décès à la suite d'un Accident survenu postérieurement à la prise d'effet de la garantie et dans les 12 mois qui suivent l'Accident, et au maximum avant l'échéance principale suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant d'un Accident survenu postérieurement à la prise d'effet de la garantie, si le caractère permanent et total de la perte d'autonomie est reconnu dans les 12 mois qui suivent l'Accident, et au maximum avant l'échéance principale qui suit l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Le capital versé au titre de la garantie supplémentaire est au maximum de 1.525.000 € par Assuré.

Le capital supplémentaire en cas de décès – PTIA en cas d'Accident, s'applique également à la Rente Conjoint dans les limites fixées aux conditions particulières.

ARTICLE 7 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties Décès s'appliquent dans le monde entier. Les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente s'appliquent, en France, dans les pays membres de l'Union européenne pour des séjours professionnels de moins de 6 mois consécutifs, et dans le monde entier pour des voyages non professionnels de moins de 6 mois consécutifs. En cas de survenance d'un sinistre hors de France, l'Invalidité Permanente, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et l'Incapacité Temporaire Totale de Travail seront considérés comme ayant débuté au plus tôt à la date de la 1^{ère} constatation médicale en France. La franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.

VIE DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 8 – VOS DECLARATIONS

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations de l'Adhérent. Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L. 113-2 du Code des Assurances).

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous :

- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé) ;

- Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L.113-9 du Code des Assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés). **Si, dans le cadre d'un sinistre, l'Assuré fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les bénéficiaires qui demanderaient indûment une prestation au titre d'une garantie Décès de l'Assuré.**

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

En cas d'évènement mettant en jeu le présent contrat, l'Adhérent (ou les bénéficiaires) sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance couvrant le même risque.

ARTICLE 9 – PERSONNES ASSURABLES ET CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 9.1 – Dispositions générales

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré à l'adhésion et les cotisations sont fixées en conséquence. A l'adhésion, il fait le choix des garanties et de leurs montants, donne son consentement à l'assurance, atteste de son état de santé, déclare l'activité professionnelle qu'il exerce et indique son régime obligatoire, son revenu, son lieu de résidence, s'il est fumeur et/ou vapoteur, désigne le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès et autorise le prélèvement automatique de la cotisation.

L'assureur se réserve la faculté de demander d'autres renseignements et d'accepter l'adhésion aux conditions normales ou à des conditions spéciales, de la différer ou de la refuser.

L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées de 16 ans à 65 ans, pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et de 16 ans à 60 ans, pour les garanties Maintien de Revenu, Invalidité Permanente et Frais Généraux. Les Ages sont calculés par différence de millésimes (année en cours moins année de naissance).

L'Assuré doit avoir sa résidence habituelle en France. La résidence habituelle doit s'entendre comme le lieu où le contribuable réside habituellement pendant la majeure partie de l'année. Il s'agit d'une question de fait qu'il appartient à l'administration d'apprécier, sous le contrôle du juge de l'impôt.

ARTICLE 9.2 – Spécificités des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail – Invalidité Permanente

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente ne s'appliquent que si l'Assuré exerce une activité professionnelle effective. Par ailleurs, elles ne pourront s'appliquer que si l'Assuré exerce son activité de Travailleur Non Salarié ou de Gérant Majoritaire au moment du sinistre.

ARTICLE 9.3 – Spécificités du conjoint collaborateur de TNS

Le conjoint collaborateur peut être admis à l'assurance à titre d'Assuré, dès lors :

- qu'il est mentionné comme conjoint collaborateur au Registre du Commerce et des Sociétés ou au Répertoire des Métiers dans les départements d'Alsace et de la Moselle ;
- qu'il est Conjoint d'un Adhèrent-Assuré ayant le statut d'associé unique d'E.U.R.L. ;
- et, dans tous les cas, s'il a effectivement adhéré, de manière continue, aux régimes obligatoires de base et complémentaire d'assurance vieillesse des TNS dans le cadre de l'assurance volontaire.

L'indemnité journalière et la rente annuelle sont plafonnées selon un montant figurant au certificat de garantie ou aux conditions particulières. L'indemnité journalière ne peut comprendre de dividendes.

ARTICLE 9.4 – Spécificités des Créateurs d'entreprise et des Repreneurs

L'indemnité journalière et la rente annuelle sont plafonnées selon un montant figurant au certificat de garantie ou aux conditions particulières. L'indemnité journalière ne peut comprendre de dividendes.

Au-delà de la 1^{ère} année d'assurance, pour les Créateurs et les Repreneurs, le total des prestations versées au titre du contrat d'assurance et des régimes obligatoires sera plafonné aux revenus professionnels et des dividendes réellement perçus.

ARTICLE 9.5 – Professions refusées

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- les professionnels en relation avec la lutte contre l'incendie (sauf pompiers volontaires), le maintien de l'ordre, la protection des biens et des personnes, la manipulation d'explosifs, la montagne (guide, alpinisme, escalade, etc.) ;
- les cascadeurs ; les forains ; les pilotes de prototype ; les professions du cirque.

Sont exclus des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente et Décès accidentel :

Les sportifs professionnels, les dockers, les arrimeurs, les intermittents du spectacle, les professions en relation avec les travaux forestiers (bûcheron, débardeur, exploitant forestier, élagueur, etc.) ou la mer (marin pêcheur, travaux sous-marins, etc.).

De manière générale, les personnes sans profession sont exclues du contrat TNS Prévoyance.

ARTICLE 10 – ADHESION : EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT ET RESILIATION

ARTICLE 10.1 – Effet de l'adhésion

Les garanties prennent effet à la date demandée par l'Adhèrent sur la demande d'adhésion après acceptation écrite par l'assureur et au plus tôt à cette date. Toutefois, le risque de décès résultant d'un Accident est couvert pour une durée maximale de 30 jours à compter de la signature de la demande d'adhésion. **Les garanties sont acquises après acceptation écrite de l'assureur formalisée par l'envoi d'un certificat de garantie ou de conditions d'acceptation particulières et sous réserve du paiement de la cotisation.**

ARTICLE 10.2 – Durée de l'adhésion

L'adhésion est souscrite pour une durée d'un an. Elle est automatiquement reconduite chaque année pour la durée d'un an supplémentaire, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties et sous réserve du paiement de la cotisation.

ARTICLE 10.3 – Faculté de renonciation

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.

L'article L.112-9 alinéa 1 du Code des Assurances énonce notamment :

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

Ce droit vous est reconnu pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de la conclusion de l'adhésion,
 - de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure,
- et expire le dernier jour à 24h00.

Afin de renoncer au contrat, il convient de transmettre à l'assureur, à l'adresse figurant sur la demande d'adhésion ou sur votre dernier avis d'échéance, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-après :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse du souscripteur] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur les Conditions Particulières du contrat] auquel j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. [Date] [Signature de l'adhérent]. »

La renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

ARTICLE 10.4 – Résiliation de l'adhésion

Le contrat "TNS PREVOYANCE" est résiliable :

Par l'Adhèrent :

- annuellement à la date anniversaire du contrat, moyennant un préavis d'un mois à adresser à l'assureur par lettre recommandée,
- en cas de non-acceptation par lui, des nouvelles propositions tarifaires faites par l'assureur (Voir article 13 – Révision des garanties et des cotisations),

Par l'assureur :

- en cas de non-paiement de la cotisation (Voir article 12 – Montant et paiement des cotisations),

De plein droit :

- en cas de retrait de notre agrément,
- en cas de décès de l'Adhèrent.

Les garanties et les prestations cessent d'être dues au plus tard au jour de la résiliation.

ARTICLE 11 – DETERMINATION DU TARIF

Lors de l'adhésion, l'Adhèrent devra déclarer sa profession exacte qui déterminera le tarif dont il relève. Toute modification ultérieure de l'activité professionnelle devra être signalée pour permettre le réajustement des cotisations. En cas de décès, d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente, l'assureur se réserve le droit de vérifier la profession de l'Assuré. **En cas de déclaration inexacte de la profession, si l'Adhèrent paie une cotisation supérieure à la cotisation due, la prise en charge de l'assureur se limitera au paiement du capital Décès, de l'indemnité journalière ou de la rente d'invalidité prévu et modifiera la cotisation pour l'avenir, si nécessaire. Si l'Adhèrent paie une cotisation inférieure à la cotisation due, l'assureur appliquera une règle proportionnelle de garanties (la prestation sera divisée par la cotisation due et multipliée par la cotisation payée) et modifiera la cotisation pour l'avenir, si nécessaire.**

ARTICLE 12 – MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction des garanties choisies, de la profession, de l'Age de l'Assuré, s'il est fumeur et/ou vapoteur ou non et du fractionnement. Le montant de la cotisation varie à chaque Echéance annuelle. Les cotisations sont payables d'avance. Si l'option « REVALORISATION » est souscrite, les cotisations sont indexées chaque année, à l'Echéance annuelle de l'adhésion, conformément aux dispositions de l'article 13.

Lorsque l'Adhèrent opte pour le paiement par prélèvement, la pré-notification des prélèvements afférents au contrat est effectuée par le biais des conditions particulières ou du certificat de garantie lors de l'adhésion et de l'avenant en cas de modification de l'adhésion.

Si l'Adhèrent ne règle pas la cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'intégralité de la prime annuelle devient immédiatement exigible. Si un fractionnement (semestriel, trimestriel ou mensuel) du paiement de la prime était en place sur son contrat, il perd le bénéfice de cette facilité de paiement.

L'assureur adresse, à son dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si l'Adhèrent ne lui a pas réglé entre-temps :

- une suspension de ses garanties, TRENTÉ JOURS après l'envoi de cette lettre ;
- la résiliation de son contrat DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours.

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant du droit de l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si les garanties de son contrat ont été suspendues mais que l'Adhèrent paye la cotisation due, avant que son contrat ne soit résilié, ses garanties reprendront leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation du contrat, l'assureur poursuivra le recouvrement des sommes qui lui sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée jusqu'à la date de résiliation du contrat de l'Adhèrent, ainsi que d'une pénalité correspondant à 2 mois de cotisations.

ARTICLE 13 – REVISION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation peut être révisé, chaque année, à la date anniversaire de l'adhésion. Si l'Adhérent n'accepte pas le nouveau montant de la cotisation, il en avise l'assureur : l'adhésion prendra fin à cette échéance et les garanties et les prestations cessent d'être dues.

Si l'option " REVALORISATION " est retenue sur la demande d'adhésion, à chaque Echéance annuelle, les garanties (à l'exclusion des prestations payées) et les cotisations sont revalorisées en fonction de la variation de l'indice INSEE des 295 postes de dépenses de l'ensemble des ménages, série France entière, entre les deux 1er octobre précédents. La revalorisation s'effectue sans contrôle médical. L'Adhérent a la faculté de renoncer à cette revalorisation dans le mois qui suit la réception de la proposition de revalorisation figurant sur l'avis d'échéance. Dans ce cas, il demeure assuré au niveau des garanties atteintes lors de l'échéance précédente.

ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription : Aux termes de l'article L.114-1 du Code des Assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Causes d'interruption de la prescription : Aux termes de l'article L.114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

ARTICLE 15 – ASSISTANCE

L'Adhérent bénéficie automatiquement de TNS Prévoyance Assistance pendant toute la durée de son adhésion. TNS Prévoyance Assistance est mis en œuvre par AWP France SAS. Les modalités pratiques concernant TNS Prévoyance Assistance sont résumées dans la Convention d'Assistance ci-après. TNS Prévoyance Assistance est indissociable du contrat d'assurance TNS PREVOYANCE mais prend fin lors de la cessation du contrat d'assurance. Par ailleurs, les modalités pratiques de TNS Prévoyance Assistance, notamment les cotisations, les prestations et les exclusions, peuvent être modifiées en cas de changement d'assisteuse ou du protocole d'assistance.

EN CAS DE SINISTRE

ARTICLE 16 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Pour l'ensemble des garanties, les décisions prises par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire, ne s'imposent pas à l'assureur.

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit fournir toute pièce justificative, répondre à tous questionnaires de l'assureur et se prêter, le cas échéant, à toute expertise ou toute vérification que l'assureur estime nécessaire. Sous réserve de la législation applicable au pays, l'Assuré donne mandat à l'assureur en vue d'effectuer toute

démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre.

Une expertise est un examen médical demandé par l'assureur, réalisé par un médecin expert indépendant. L'Assuré est tenu de fournir au médecin expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission (compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...). L'Assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix.

Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'Assuré en incapacité de travail devra communiquer l'adresse où il peut être visité et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres.

ARTICLE 17 – REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 17.1 – Formalités de déclarations des sinistres

Les formulaires de déclaration mentionnés dans la présente notice d'information sont disponibles auprès de l'agence bancaire habituelle.

L'Assuré a la possibilité d'utiliser l'enveloppe pré-imprimée et confidentielle disponible auprès de son agence bancaire, préservant ainsi la confidentialité des informations transmises au Service Médical. A défaut, il peut envoyer les documents à l'adresse suivante : **Service Médical Sinistres, Assurances de Personnes, 46 rue Jules Méline, 53098 LAVAL CEDEX 09**, en indiquant « Lettre confidentielle » sur l'enveloppe.

Les pièces à transmettre pour la constitution du dossier sont énumérées aux articles 17.2 et 17.3 de la présente notice d'information. L'assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des justificatifs ou questionnaires complémentaires.

ARTICLE 17.2 – Capital Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes, Doublement du capital Décès accidentel et Rentes

• En cas de décès :

- l'original de la demande d'adhésion ;
 - un acte de décès ;
 - un certificat médical constatant la nature de la Maladie ou les conséquences et séquelles de l'Accident ayant entraîné le décès ; la preuve du lien de causalité entre l'Accident et le décès incombe au(x) bénéficiaire(s) ;
 - toute pièce de nature à justifier le droit du ou des bénéficiaires ;
 - un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.
- Pour le paiement des rentes :

En plus des justificatifs demandés en cas de décès :

- le paiement des rentes est subordonné à l'envoi, une fois par an, d'une "attestation de vie" fournie par l'assureur et devant être signée par le bénéficiaire de la rente.

• En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- l'original de la demande d'adhésion ;
- une pièce justificative de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- un certificat médical constatant la nature de la Maladie ou les conséquences et séquelles de l'Accident ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- le cas échéant, la preuve du lien de causalité entre l'Accident et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie incombe à l'Assuré ;
- un relevé d'identité bancaire de l'Assuré.

ARTICLE 17.3 – Incapacité Temporaire Totale de Travail et/ou Invalidité Permanente

• Délai de déclaration :

La déclaration des Maladies ou Accidents se fait dans le mois qui suit la date de l'arrêt de travail. Passé ce délai, l'indemnisation ne pourra être effectuée qu'à compter de la date de déclaration du sinistre, sous réserve des dispositions contractuelles. En cas de demande par l'assureur de renseignements complémentaires, la réponse de l'Assuré doit intervenir dans les 30 jours, faute de quoi la précédente règle est applicable.

• Pièces justificatives : L'indemnisation est subordonnée à la réception des justificatifs par l'assureur.

a) à l'ouverture du dossier :

- l'avis initial d'arrêt de travail ;
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'Assuré indiquant exactement les causes, le début, la nature, l'évolution de l'affection ou de l'Accident engendrant l'incapacité ainsi que la durée présumée de l'arrêt total de travail ou le caractère permanent de l'incapacité ;
- les justificatifs des indemnités journalières versées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale ;

b) en cours d'indemnisation :

- les justificatifs des indemnités journalières versées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale ;

- un avis mensuel de prolongation d'arrêt de travail (pris en compte jusqu'à sa date d'établissement) ;

L'Assuré a l'obligation de déclarer à l'assureur la date de reprise de travail partielle ou totale, ainsi que tout changement dans le motif de l'arrêt de travail.

c) Vérification du montant de l'indemnité journalière :

Sur demande expresse de l'assureur, l'Assuré devra justifier des Revenus professionnels et/ou des dividendes pris en compte pour la détermination du montant des prestations.

ARTICLE 18 – MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties souscrites et accordées sont maintenues gratuitement à l'Assuré en Incapacité Temporaire Totale de Travail ou en Invalidité Permanente, pendant toute la durée de versement par l'assureur des indemnités journalières ou de la rente d'Invalidité Permanente. Les garanties Décès ne seront maintenues au-delà du paiement des indemnités journalières ou de la rente d'Invalidité Permanente que sous réserve du paiement des cotisations.

ARTICLE 19 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Au 1^{er} janvier de chaque année, les indemnités journalières servies pour des arrêts de travail de six mois au moins, ainsi que les rentes Conjoint, Education et Invalidité servies depuis un an au moins, sont revalorisées en fonction de la variation de l'indice INSEE des 295 postes de dépenses de l'ensemble des ménages, série France entière, entre les deux 1^{er} octobre précédents, dans la limite de disponibilité de la provision pour participation aux bénéfices.

Revalorisation du capital en cas de décès : La part de capital Décès garantie au bénéficiaire est revalorisée lorsqu'il est une personne physique, à compter du décès de l'Assuré jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, au dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Cette revalorisation est calculée pour chaque année civile selon le taux le moins élevé des deux taux suivants :

a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;

b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Dans le cas où le capital n'aura pu être versé à l'Adhérent à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de terme, il sera versé à la Caisse des Dépôts et Consignations.

ARTICLE 20 – ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et celui de l'Assuré, les deux parties peuvent choisir (ou à défaut d'entente, faire désigner par ordonnance du Président de Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré) un médecin pour les départager (Médecin arbitre). Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage, lesquelles ont la même valeur qu'un acte juridictionnel et l'autorité de chose jugée conformément à l'article 1484 du Code de procédure civile. Elles supporteront pour moitié les honoraires de ce troisième médecin.

ARTICLE 21 – SUBROGATION

L'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence de l'indemnité versée, dans les droits et actions de l'Assuré ou du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait ont causé le dommage ayant donné lieu au versement des indemnités. L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'Assuré, sauf en cas de malveillance commise par une de ces personnes. La subrogation est limitée aux indemnités versées. Si la subrogation ne peut, du fait de l'Assuré ou du bénéficiaire, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation. En cas de recours, les pièces médicales seront transmises par notre service médical au service médical de la compagnie d'assurance adverse.

LES EXCLUSIONS DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 22 – RISQUES EXCLUS

Sont exclues les conséquences résultant des événements suivants :

POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES

a) guerre civile ou étrangère, à savoir tout conflit armé se déroulant sur le territoire français ou étranger, dans lequel la France est partie belligérante ou non, sous réserve de la législation particulière à intervenir en période de guerre ;

b) modification de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;

c) participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage, ou à des événements tels que : grève, émeute, mouvement ou soulèvement populaire, insurrection, dans lesquels l'Assuré est impliqué en qualité d'auteur ou de complice, ou auxquels il a apporté son soutien direct ou indirect de quelque manière que ce soit sauf cas de légitime défense et/ou assistance à personne en danger; participation à tout acte criminel ou illégal ; participation à pari, défi, duel ;

d) résultant de la participation volontaire de l'Assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger,

e) suicide ou tentative de suicide dans la première année d'assurance ;

f) en plus de l'exclusion citée au e), les Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel de l'Adhérent, de l'Assuré ou du bénéficiaire ;

g) pratique de sports aériens dans le cadre de compétitions, démonstrations, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai, vols de prototypes, tentatives de records ou d'exploits ;

h) compétitions sportives avec utilisation d'un véhicule à moteur (en tant que concurrent ou entraîneur) ;

i) pratique de sports à titre professionnel ; pratique de sports de combat et arts martiaux dans le cadre de compétitions ;

j) périodes militaires ;

k) Accident ou Maladie consécutif à l'exercice d'une profession différente de celle indiquée à l'adhésion ;

l) meurtre et tentative de meurtre de l'Assuré par le(s) bénéficiaire(s) ;

m) s'il est révélé que l'Assuré a fait usage de drogues, de stupéfiants, d'anabolisants, de substances ou plantes classées comme stupéfiants selon la législation en vigueur, ainsi que les produits de substitution prescrits ou non médicalement ;

n) s'il est révélé qu'au moment de l'Accident, l'Assuré a un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par la législation en vigueur (articles L.234-1 et R.234-1 du Code de la route) ;

o) Accident ou Maladie consécutif à l'exercice des professions : en relation avec la lutte contre l'incendie (sauf Pompiers volontaires), le maintien de l'ordre, la protection des biens et des personnes, la montagne, la manipulation d'explosifs, les cascadeurs ; les forains ; les pilotes de prototype ; les professions du cirque.

DE PLUS, POUR LA GARANTIE DOUBLEMENT DU CAPITAL EN CAS D'ACCIDENT

p) usage d'une moto de cylindrée supérieure ou égale à 125 cm³ ;

q) toutes affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle ; ne sont pas considérés comme Accidents, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale ; les lombalgies, les sciatiques, lumbagos, ainsi que les hernies ;

r) maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou démence sénile ;

s) Accident en cas de conduite d'engin à moteur ne nécessitant pas de permis ;

t) Accident consécutif à l'exercice de sa profession pour : sportifs professionnels, dockers, arrimeurs, les intermittents du spectacle. Professions en relation avec les travaux forestiers ou la mer.

DE PLUS, POUR LES GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITE PERMANENTE

u) maladie psychosomatique, dépression nerveuse, fatigue nerveuse, anxiété et spasmophilie, affection psychologique, psychiatrique et neuropsychiatrique, neuropsychogène, fibromyalgies ;

v) conséquences physiques et/ou psychiques consécutives à la consommation excessive ou à l'abus d'alcool ;

w) traitement de la stérilité ;

x) cure ou traitement de rajeunissement et d'amaigrissement ; soins ou traitement esthétiques ; cure de sevrage ; cure thermale ou héliomarine ; cure diététique ;

y) Accident consécutif à l'exercice de sa profession pour : Sportifs professionnels, dockers, arrimeurs, les intermittents du spectacle. Professions en relation avec les travaux forestiers ou la mer ;

z) toute pathologie dont la date d'apparition est antérieure à la date d'adhésion au contrat ou est survenue durant la période de carence, sauf si elle a été déclarée par l'Assuré et n'a pas fait l'objet d'une exclusion par l'Assureur.

INFORMATIONS LEGALES

Droit et langue applicables : La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque. Toute relation avec l'Adhérent se fait en langue française, ce que ce dernier accepte expressément.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de la souscription du contrat ou ultérieurement, les parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

Autorité de contrôle : L'autorité de contrôle des ACM VIE SA et ACM IARD SA est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Tailbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Informatique et Libertés (loi n° 78-17 du 06/01/78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/04) : Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection et animations commerciales, études statistiques, obligations légales et prévention de la fraude, cette dernière finalité pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics. Les informations médicales sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement destiné à satisfaire aux obligations dont est tenu le responsable de traitement en vertu de la législation américaine FATCA, conformément à l'accord intergouvernemental du 14 novembre 2013 entre la République française et les Etats-Unis d'Amérique, ainsi qu'au titre de tout dispositif international d'échange automatique d'informations en matière fiscale. Elles pourront être transmises à l'administration fiscale française lorsqu'un tel transfert est rendu obligatoire en vertu des dispositions pertinentes. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine Pardon, 69814 TASSIN Cedex.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

Réclamation : En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, l'Adhérent peut consulter son interlocuteur habituel. Si sa réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent pourra adresser sa réclamation au Responsable des Relations Consommateurs de ACM VIE SA et ACM IARD SA - 34 rue du Wacken - 67906 STRASBOURG CEDEX 9. Une réponse sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui seraient alors exposées. Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

Médiation : Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges et réponse définitive de l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges opposant un particulier à l'assureur sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

DEFINITIONS

- Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'Assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures. **Ne sont pas considérées comme « Accidents » : les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Celles-ci peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale. Ne sont pas considérés comme "Accidents" entre autres : les lombalgies, les sciatalgies, lumbagos, les cervicalgies, les affections dorso-vertébrales ainsi que les hernies.** Toute autre définition de l'Accident ou toute classification d'Accident retenue par un autre organisme, et en particulier par la Sécurité sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

- Adhérent : L'Adhérent est la personne physique qui adhère au contrat et paie les cotisations.

- Age : L'Age de l'Assuré se calcule par différence de millésimes (année en cours moins année de naissance).

- Assuré : Personne physique désignée sur la demande d'adhésion sur laquelle repose les garanties.

- Conjoint : La personne mariée à l'Assuré OU la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'Assuré.

- Consolidation : La Consolidation est la stabilisation, médicalement constatée, de l'état de santé de l'Assuré en arrêt de travail suite à un Accident ou une Maladie garantie, dans les conditions prévues par le contrat. Cet état n'est plus amené à évoluer ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, compte tenu des connaissances de la médecine. La Consolidation fait l'objet d'un constat médical.

- Créateur d'entreprise : La création d'une entreprise nouvelle correspond à la création d'un établissement économiquement actif jusqu'alors inexistant, et donc à l'exploitation de nouveaux moyens de production. Le Créateur est le TNS ou le Gérant majoritaire à l'origine de cette création.

- Délai de carence : Période pendant laquelle les garanties ne sont pas en vigueur.

- Echéance annuelle : Date anniversaire de l'adhésion (échéance principale).

- Enfant à charge : Enfant de moins de 25 ans fiscalement à charge de l'Assuré.

- Franchise absolue : Durée ininterrompue d'Incapacité Temporaire Totale de Travail non indemnisée par l'assureur. Pour donner lieu à indemnisation, l'arrêt de travail doit être total, continu et d'une durée supérieure à celle de la Franchise absolue. Le délai de franchise commence à courir le premier jour de chaque arrêt de travail. En cours d'indemnisation et/ou en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail due à une nouvelle Maladie ou à un nouvel Accident, la franchise est à nouveau appliquée.

- Gérant Majoritaire : Gérant majoritaire de SARL imposable à l'article 62 du Code Générale des Impôts (CGI) et qui relève du régime de Sécurité sociale des Non-salariés.

- Incapacité Temporaire Totale de Travail : L'impossibilité absolue, complète et médicalement constatée pour l'Assuré d'exercer toute activité professionnelle, même partiellement, y compris une activité de direction ou de surveillance. L'indemnisation n'est possible qu'à l'égard de l'Assuré exerçant une activité professionnelle.

- Invalidité Permanente : L'Invalidité Permanente est caractérisée par la perte définitive d'une part significative ou totale de la capacité d'exercer toute activité rémunérée suite à Maladie ou Accident. Elle est partielle, en cas de perte définitive d'une part significative de la capacité de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque apportant gain ou profit. Elle est totale ou absolue, en cas de perte définitive de toute capacité de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque apportant gain ou profit.

- Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale reconnue.

- Médecin arbitre : Médecin choisi par l'Assuré et l'assureur ou leurs médecins pour mettre fin au litige qui les oppose sur l'état de santé de l'Assuré et qui intervient dans une procédure d'arbitrage.

- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est caractérisée par l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque apportant gain ou profit et l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller).

- **Professions médicales libérales** : Médecins (généralistes, spécialistes, chirurgiens), chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, vétérinaires, infirmières libérales, sages-femmes et pharmaciens.

- **Rechute** : Est considéré comme une Rechute, tout arrêt de travail, qui concerne le même motif qu'un arrêt de travail antérieur ayant donné lieu à indemnisation de la part de l'assureur et qui intervient dans un délai de 2 mois après la reprise des occupations habituelles ; dans ce cas, le nouvel arrêt de travail donnera lieu à indemnisation sans application du délai de franchise prévu.

- **Repreneur d'entreprise** : On parle de reprise d'entreprise lorsqu'une unité légale reprend l'activité, totalement ou partiellement, d'un ou plusieurs établissements économiques d'une autre unité légale. Le Repreneur est le TNS ou le Gérant majoritaire à l'origine de cette reprise.

- **Revenu professionnel** : Le Revenu professionnel s'entend dans tous les cas comme celui tiré de l'activité professionnelle mentionnée au certificat de garantie ou aux conditions particulières pour la 1ère année d'assurance ou sur les avis de renouvellement pour les années suivantes. Il correspond :

* Pour les TNS : au bénéfice professionnel, à l'exclusion des plus-values, figurant sur l'avis d'imposition sur le revenu précédent l'adhésion ou sur la moyenne des revenus des trois dernières années pour la 1ère année d'assurance ou précédant le renouvellement pour les années suivantes ; peu importe la nature du régime d'imposition.

* Pour les "Gérants majoritaires" : à la rémunération figurant sur la déclaration commune des revenus en matière de cotisations sociales précédant l'adhésion ou à la moyenne des revenus des trois dernières années pour la 1ère année d'assurance ou précédant le renouvellement pour les années suivantes.

- **TNS** : Travailleur Non Salarie, c'est à dire : exploitant individuel exerçant une activité non salariée (profession libérale, artisan, commerçant), hors exploitant agricole.

Convention d'Assistance

TNS ASSISTANCE

Définitions

Accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenue brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, etc.) ne peut être assimilée à un Accident.

Agrément

Les prestataires de services délivrant des prestations de « services à la personne » au sens de la loi du 26 juillet 2005 dite loi « Borloo », doivent être « agréés » afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux. Il existe 2 (deux) types d'agréments liés à la nature du public concerné par la prestation de service :

Agrément simple : il concerne tous les prestataires de services délivrant des « services à la personne » au sens de la loi « Borloo », auprès de publics qui ne sont pas considérés au regard de la loi comme « fragiles ».

Agrément qualité : cet agrément est exigé pour les prestataires de services délivrant des prestations de « services à la personne à domicile » au sens de la loi « Borloo », auprès de personnes qualifiées de « fragiles ».

Bénéficiaire

Personne physique désignée comme « assuré » aux conditions générales du contrat « TNS Prévoyance ».

Dans le cadre des « services à la personne » au sens de la loi « Borloo », désigne également toute personne pour le compte de laquelle une prestation est mise en place. Pour que le coût de la prestation de service soit éligible au dispositif fiscal du Plan Borloo concernant les particuliers, le Bénéficiaire doit remplir les conditions suivantes :

- appartenir au foyer fiscal de l'assuré (l'assuré lui-même, conjoint, enfants) ;
- être un ascendant de l'assuré (parents du souscripteur âgé de 65 (soixante-cinq) ans révolus et vivant sous le toit du souscripteur ;
- être un descendant de l'assuré (petits-enfants) et bénéficier de la prestation mise en place au Domicile de l'assuré.

Demandeur

Personne physique habilitée par l'assuré à faire une demande de service (information ou mise en relation) pour le compte d'un Bénéficiaire. Le demandeur doit être majeur.

Domicile

Lieu de résidence principale ou secondaire de l'assuré, en France métropolitaine, Andorre, Monaco, Martinique, Guadeloupe, Guyane ou à Saint Martin (sans distinction de location ou propriété, incluant également les résidences service et les logements foyers).

Étranger

Tout pays du monde entier, **à l'exception de la France (métropolitaine et Outre-mer) et à l'exclusion des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies ainsi que la Corée du Nord** et les pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de MONDIAL ASSISTANCE à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à Domicile, consécutif à un Accident ou une Maladie, prescrite en urgence par un médecin, Mondial Assistance se réserve le droit de demander un bulletin de situation confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation à Domicile

Toute incapacité physique à réaliser seul au moins l'un des quatre actes de la vie quotidienne suivants : faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se déplacer. L'incapacité habituelle, survient inopinément ; elle est constatée par un médecin et nécessite le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Incapacité de travail

Impossibilité d'exercer toute activité professionnelle survenant inopinément et consécutive à un Accident ou à une Maladie, constatée par un médecin.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander un certificat médical détaillé ou un arrêt de travail confirmant l'Incapacité de travail, avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital dans la semaine qui suit la demande.

Personnes fragiles

Sont considérées comme telles : les enfants de moins de 3 (trois) ans, les personnes âgées (ayant plus de 60 (soixante) ans), les personnes handicapées, les personnes dépendantes ou toute autre personne ayant besoin d'une aide personnelle à son Domicile ou d'aide à la mobilité dans un environnement de proximité favorisant le maintien à Domicile.

Perte d'autonomie

Incapacité à accomplir seul au moins 2 (deux) des 4 (quatre) actes suivants : préparer son repas, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer.

Mondial Assistance évalue la perte d'autonomie par téléphone avec le Bénéficiaire et son Proche aidé s'il est en mesure de répondre.

Proche

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

Prestataire / Intervenant

Prestataire : organisme de services à la personne référencé par Mondial Assistance (association, entreprise) qui gère des intervenants réalisant des prestations de service à la personne.

Intervenant : personne missionnée par le Prestataire pour réaliser la prestation au Domicile du Bénéficiaire.

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train en 2nd classe ou par avion en classe économique.

RISQUES COUVERTS

- Maladie et Accident survenant au Domicile,
 - o Hospitalisation,
 - o Incapacité de travail,
 - o perte d'emploi,
 - o difficulté à reprendre la vie professionnelle,
- Perte d'autonomie d'un Proche,
- décès.

Validité de la convention

Validité territoriale

Le bénéfice des prestations prévues en cas de Maladie et Accident survenant au Domicile ainsi que en cas de Perte d'autonomie d'un Proche est ouvert uniquement en France métropolitaine, Andorre, Monaco, ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin si le Bénéficiaire y réside, **à l'exception de la prestation « Garde des animaux de compagnie » qui n'est pas délivrée à Saint Martin.**

Dans le cadre des « services à la personne » au sens de la loi « Borloo », les prestations proposées ne sont délivrées que sur le territoire de la France Métropolitaine, Andorre, Monaco, ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside. « Zone urbaine » indique les zones géographiques accessibles par les transports en commun et/ou à proximité des prestataires de services.

Pour les résidents d'Outre-Mer, les prestations d'assistance sont mises en œuvre au départ et à l'intérieur du département ou collectivité de leur Domicile.

Les prestations « Assistance obsèques » peuvent être accordées :

- en France métropolitaine, Andorre, Monaco, ou
- Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside, ou

- au cours des déplacements à l'Étranger n'excédant pas 90 (quatre-vingt-dix) jours consécutifs.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat « TNS Prévoyance » et de l'accord liant l'Assureur mentionné dans la notice d'information « TNS Prévoyance » et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

Maladie et Accident survenant au Domicile

En cas d'Hospitalisation de plus de 3 (trois) jours

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance peut communiquer au Bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du Bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical détaillé, si l'Hospitalisation doit durer plus de 3 (trois) jours et si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

La présence d'un Proche au chevet du Bénéficiaire

voyage aller et retour d'un Proche.

Le séjour à l'hôtel du Proche

désignée au paragraphe « Présence d'un Proche au chevet du Bénéficiaire » dans la limite de **45 € TTC par nuit**, avec un **maximum de 90 € TTC**.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement dudit Proche a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un Proche au chevet du Bénéficiaire ».

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tout autre animal)

- soit par un professionnel à l'extérieur du Domicile du Bénéficiaire, frais de nourriture compris, dans la limite de **230 € TTC maximum** par période d'Hospitalisation,
- soit chez un Proche résidant dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile. Seuls, les frais de transfert de l'animal seront pris en charge.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Le Bénéficiaire résidant à Saint Martin n'est pas éligible à cette prestation.

En cas d'Incapacité de travail de plus de 3 (trois) jours

Si l'Incapacité de travail, consécutive ou non à une Hospitalisation, attestée par un certificat médical ou un arrêt de travail, doit durer plus de 3 (trois) jours et si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

La présence d'un Proche au chevet du Bénéficiaire

voyage aller et retour d'un Proche.

La livraison de médicaments en urgence

recherche (pharmacie proche du Domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité et acheminement au Domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 (vingt-quatre) h et immédiatement nécessaires au Bénéficiaire.

Mondial Assistance fait l'avance du coût de ces médicaments que le Bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance et est accessible tous les jours 24h/24h.

L'Aide-ménagère à Domicile

dans la **limite des disponibilités locales**, pour une intervention de **14 (quatorze) heures maximum** pouvant être réparties sur 5 jours.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide-ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement alloué et sa répartition sur la période de mise à disposition est déterminé par Mondial Assistance.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 2 heures et peut être fournie entre 08h et 18h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas.) au Domicile du Bénéficiaire.

Lorsque l'Immobilisation fait suite à une Hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au Domicile. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un Proche au chevet du Bénéficiaire ».

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tout autre animal)

- soit par un professionnel à l'extérieur du Domicile du Bénéficiaire, frais de nourriture compris, dans la limite de **230 € TTC maximum** par période d'Incapacité de travail,
- soit chez un Proche résidant dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile. Seuls, les frais de transfert de l'animal seront pris en charge.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un Proche au chevet du Bénéficiaire » ci-dessus.

Le Bénéficiaire résidant à Saint Martin n'est pas éligible à cette prestation.

Si les besoins nés de l'Incapacité de travail dépassent le cadre des prestations décrites ci-dessus, le Bénéficiaire peut avoir accès aux services à la personne de Mondial Assistance.

Services à la personne

Le secteur des « Services à la personne » est un marché réglementé par la loi du 26 juillet 2005 (dite loi « Borloo »).

Les services à la personne regroupent 21 (vingt-une) prestations, précisées par le décret n°2005-1698 du 29 décembre 2005 dont 20 (vingt) réalisées à Domicile. L'organisme de « services à la personne » avec lequel le Bénéficiaire sera mis en relation doit être agréé par l'État afin de pouvoir profiter d'avantages fiscaux.

Service d'information et de mise en relation

Il s'agit d'une offre de mise en relation avec un réseau de Prestataires agréés visant à accompagner le Demandeur dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

L'objectif de ce service est :

- de délivrer l'information sur les « services à la personne » ;
- de mettre en relation le Demandeur avec un Prestataire référencé par Mondial Assistance.

Lorsque le Demandeur souhaite utiliser l'un ou l'autre des « services à la personne » proposés ci-après, Mondial Assistance :

- lui fournit des informations pratiques relatives aux services à la personne (CESU, fiscalité, contenu des prestations...),
- l'aide à qualifier son besoin,
- recherche un Prestataire qualifié le plus proche du lieu d'intervention souhaité.

Le Bénéficiaire est rappelé :

- soit par le Prestataire, potentiellement disponible, retenu par Mondial Assistance,
- soit par Mondial Assistance, lorsque la recherche de Prestataire n'a pas abouti.

Délai de mise en œuvre :

- 2 (deux) jours ouvrables maximum à compter du premier jour ouvrable suivant la demande pour les prestations mentionnées dans le « Catalogue des prestations Borloo » (en annexe) et réalisées en zone urbaine,
- dès que possible dans les autres cas.

Si le Prestataire avec lequel le Bénéficiaire a été mis en relation ne convient pas, celui-ci peut contacter la plateforme afin d'être mis en relation avec un autre Prestataire.

Si le Bénéficiaire établit un contrat avec le Prestataire, le coût de la prestation fournie par le Prestataire reste à la charge du Bénéficiaire qui règle directement ces frais conformément au contrat qu'il a conclu avec le Prestataire.

La prestation est réalisée sous la responsabilité du Prestataire retenu par le Demandeur.

Accès au service par téléphone (horaires France métropolitaine)

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 8h à 20h (le samedi de 8h à 18h), hors jours fériés, Mondial Assistance enregistre la demande de mise en relation avec les Prestataires de son réseau et répond aux demandes d'information.

Les horaires de la plateforme de service sont à distinguer :

- des horaires d'ouverture des Prestataires (horaires auxquels les Prestataires sont joignables),
- des possibilités d'intervention des Prestataires : certains Prestataires ne sont pas joignables le soir ou le week-end, mais peuvent être en mesure de réaliser des prestations pendant ces créneaux.

Catalogue des prestations disponibles

Les prestations éligibles au dispositif fiscal relatif aux « services à la personne » au sens de la loi « Borloo » sont présentées dans le tableau « Catalogue des Prestations Borloo » (en annexe). Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

Perte d'emploi ou difficulté à reprendre la vie professionnelle

***IMPORTANT**

Pour les résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane et Saint-Martin, toutes les prestations figurant ci-après :

- « Aide au retour à l'emploi »
- « Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés »
- « Aide à la gestion du parcours professionnel »

sont réalisées exclusivement par téléphone (horaires France métropolitaine).

Lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie médicalement attestés, le Bénéficiaire a perdu son emploi, ou son état rend difficile sa réintégration dans la vie professionnelle, il peut avoir accès aux services d'aide à la réinsertion professionnelle accessibles par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 09h00 à 18h00 :

Aide au retour à l'emploi

L'Aide au retour à l'emploi s'adresse à tout Bénéficiaire, actif cadre et non cadre, en situation de recherche d'emploi. L'aide au retour à l'emploi s'appuie sur les étapes ci-après :

Validation de la demande du Bénéficiaire : diagnostic bilan

- Lors du premier appel du Bénéficiaire, le Conseiller Emploi détermine la demande du Bénéficiaire, valide sa motivation à suivre la prestation, puis le propose l'envoi d'un questionnaire d'auto-évaluation.
- Après une étude approfondie du dossier, comprenant une analyse graphologique, le Conseiller Emploi établit un diagnostic bilan du parcours du Bénéficiaire qui lui est commenté par téléphone et communiqué par écrit.
- Le Conseiller Emploi propose les premières actions de recherche à mettre en œuvre.
- Le Conseiller Emploi ébauche ou valide le projet professionnel.

Projet professionnel - Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi

Mondial Assistance oriente le Bénéficiaire (à l'exception des résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane et Saint-Martin*) vers le professionnel de son réseau – appelé « Conseiller Régional » - le plus proche de son Domicile. Dans ce cas, le Conseil Régional accueille le Bénéficiaire dans ses locaux pour dispenser une formation portant sur les thèmes suivants :

- Validation du projet professionnel et passation optionnelle de tests psychotechniques,
- Acquisition des techniques de recherche d'emploi (remise en forme du CV, rédaction de lettres de candidature, réactivation des réseaux relationnels, utilisation du téléphone, préparation aux entretiens de recrutement),
- Développement des capacités de communication pour évoquer son projet, sa dynamique professionnelle...,
- Aide à la mise en place d'une stratégie de recherche d'emploi.

Cette formation se compose d'un stage collectif de 5 (cinq) jours et de 5 (cinq) heures d'entretiens individuels répartis sur une durée de 8 (huit) semaines. La formation sera dispensée de manière individuelle et conservera le contenu de la prestation si le stage collectif n'est pas possible.

Tout au long de la formation, le Bénéficiaire reste en contact avec son Conseiller Emploi attiré pour faire le point sur ses démarches.

Projet professionnel- aides et conseils pour la création ou reprise d'entreprise

A l'issue du bilan personnel et professionnel, si le projet du Bénéficiaire s'oriente vers la création ou la reprise d'entreprise, le candidat (à l'exception des résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane et Saint-Martin*) rencontre un consultant spécialisé et reçoit toutes les informations utiles :

1. Conseils personnalisés en création et reprise d'entreprise

En fonction de l'état d'avancement du projet du Bénéficiaire, les sujets suivants pourront être abordés, lors de 6 (six) à 7 (sept) entretiens conseils individuels, ne dépassant pas un total de 9 (neuf) heures :

- l'étude de marché,
- les prévisions d'exploitation,
- les processus de négociation et de commercialisation,
- les choix juridiques, fiscaux, sociaux,
- le montage financier : plan de financement, comptes de résultats prévisionnels, prévisions de trésorerie,
- les modalités de réalisation.

Il ne s'agit en aucun cas d'un accompagnement complet à la création d'entreprise.

À l'issue de ces entretiens, le consultant fait un compte rendu au conseiller de Mondial Assistance en mentionnant :

- les points abordés spécifiquement,
- les actions mises en œuvre,
- les démarches à approfondir et les recommandations quant au projet et aux freins éventuellement identifiés.

2. Informations pratiques en complément des conseils personnalisés

Le Bénéficiaire a la possibilité de recevoir un guide méthodologique intitulé « Création Reprise d'Entreprise » dans lequel sont abordés les points suivants :

- les étapes clés de la création et reprise d'entreprise : de la naissance de l'idée à l'élaboration du projet, les étapes clés, les questions utiles à se poser.
- trouver l'information : organismes de formation, dispositifs d'aide, associations, structures spécifiques et organismes consulaires, réseaux d'accompagnement, salons, presse spécialisée, adresses utiles, contacts indispensables, sites incontournables.

Le Bénéficiaire a accès à des informations sur :

- les sites spécialisés : portage, création, franchise...,
- les associations, organismes, réseaux d'aide et d'accompagnement, organismes financiers, clubs, bourse aux affaires...,
- les salons et la presse spécialisés en création et reprise d'entreprise.

Démarche interactive de recherche d'emploi

1. Suivi de la recherche d'emploi

Le Conseiller Emploi est régulièrement en contact avec le Bénéficiaire pendant sa recherche.

Il engage le Bénéficiaire à faire le point sur sa recherche :

- Il analyse les comptes rendus des entretiens passés par le Bénéficiaire pour définir les points à améliorer dans son comportement ou son discours.
- Il valide le déroulement du plan d'actions du Bénéficiaire
- Il propose le cas échéant une réorientation de la stratégie de recherche d'emploi du Bénéficiaire.

2. Aide pratique à la recherche d'emploi

Après avoir déterminé les cibles de recherche dans le cadre du plan d'actions, le Conseiller Emploi peut fournir, une fois, au Bénéficiaire un listing comprenant la raison sociale, l'adresse, le nom des dirigeants, ainsi que des détails sur l'activité des entreprises du secteur, de la région visée.

3. Écoute et Soutien

À tout moment au cours de ses recherches, le Bénéficiaire peut appeler son Conseiller Emploi, qui l'écoute et le soutient dans sa démarche.

Informations générales sur l'emploi

Le Bénéficiaire peut contacter le Conseiller Emploi, du lundi au vendredi de 09h00 à 18h00, hors jours fériés, afin d'obtenir les renseignements suivants :

- Les démarches à effectuer en cas de chômage : inscription au Pôle Emploi, à l'APEC.
- Les aides financières possibles : Pôle Emploi, aides spécifiques, régionales, aide des mutuelles et/ou caisses de retraite...
- Le calcul des indemnités chômage, leur durée, les barèmes dégressifs...
- Les adresses utiles : associations, syndicats professionnels...).
- La documentation : bibliographie, journaux et magazines...).
- Le droit du travail.
- Les formations : le choix, les financements, les stages...
- Les principales filières de recrutement.
- Les statistiques du marché de l'emploi (nombre de demandeurs d'emploi, temps moyen de recherche, les tendances par secteur d'activité...).
- Où trouver les offres d'emploi ? ...

Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés

Cette prestation s'adresse au Bénéficiaire âgé d'au moins 20 (vingt) ans ayant subi un Accident, ayant entraîné un arrêt de travail de plus de 2 (deux) mois, entraînant des séquelles et rendant difficile la réintégration dans sa fonction actuelle, le Bénéficiaire n'étant plus physiquement en mesure de reprendre définitivement tout ou partie de son activité professionnelle.

Le Bénéficiaire dispose d'un délai de **24 (vingt-quatre) mois** à partir de la date du premier jour d'arrêt de travail pour appeler Mondial Assistance. Il doit avoir été jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle, et, si besoin, autoriser le médecin de Mondial Assistance à s'en assurer auprès de son médecin traitant.

Ce service a pour but de faire le point sur la situation personnelle et professionnelle du Bénéficiaire lorsqu'il ré-envisage son avenir professionnel, tout en s'interrogeant sur les moyens d'actions à sa disposition.

Cette prestation prévoit 2 (deux) modules :

- une aide à la réflexion professionnelle.
- un accompagnement psychologique si besoin.

À la suite d'un Accident la prestation est mise en œuvre 1 (une) seule fois.

Mondial Assistance propose 1 (un) accompagnement personnalisé

1. La prise de contact

Lorsque les conditions d'accès sont remplies, un Conseiller emploi se met alors en relation avec le Bénéficiaire.

Lors de ce premier contact, le Conseiller emploi :

- fait connaissance avec le Bénéficiaire, échange sur sa situation, identifie ses besoins et lui présente la prestation,
- valide la motivation du Bénéficiaire à entreprendre la prestation,

2. L'aide à la réflexion professionnelle

Le module se déroule en 3 (trois) étapes :

- Le bilan de situation personnelle et professionnelle

Après avoir validé les motivations du Bénéficiaire, le Conseiller emploi revalide la motivation du Bénéficiaire et lui adresse un questionnaire d'autoévaluation.

Après renvoi du questionnaire d'autoévaluation par le Bénéficiaire, le Conseiller emploi étudie son dossier de façon à établir un **bilan de sa situation personnelle et professionnelle**, qu'il lui commentera par téléphone et lui adressera par écrit. Cette étape permet au Bénéficiaire, avec l'aide du Conseiller emploi, d'identifier la solution ou le plan d'action le mieux adapté compte tenu de sa situation.

- L'envoi d'un livret d'information

Le Conseiller emploi adresse au Bénéficiaire un **livret détaillé sur les démarches à entreprendre dans le cadre du plan d'action déterminé suite au bilan**. Ce livret comporte des informations sur le statut du travailleur handicapé, les étapes qui mènent au travail, les obligations des entreprises et les aides accordées.

- Le suivi / les actions à mettre en œuvre

Après réception de son bilan de situation personnelle et professionnelle, le Bénéficiaire peut également bénéficier de **2 (deux) entretiens téléphoniques personnalisés** d'une durée totale de 90 (quatre-vingt-dix) minutes lui permettant d'échanger avec son Conseiller emploi sur le contenu du bilan et/ou du livret d'informations.

Le Bénéficiaire devra alors reprendre contact avec son Conseiller afin de fixer un rendez-vous téléphonique.

La durée du module « Aide à la réflexion professionnelle » est de **3 (trois) mois** à compter de la date d'envoi du questionnaire d'autoévaluation.

3. L'accompagnement Psychologique

Si un besoin d'accompagnement psychologique a été détecté lors de la prise de contact ou dans le cadre de l'aide à la réflexion professionnelle, un rendez-vous est fixé entre le Bénéficiaire (**à l'exception des résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane et Saint-Martin***) et un psychologue proche de son Domicile.

Lors de la première consultation, le psychologue détermine avec le Bénéficiaire, les objectifs et la durée de l'intervention.

Mondial Assistance France prend en charge le coût des consultations en cabinet pendant toute la durée de l'intervention à hauteur de **12 (douze) heures maximum**.

Seules les consultations définies dans le cadre de cette prestation et qui ont lieu avec un psychologue du réseau de Mondial Assistance France, sont prises en charge.

La durée du module « Accompagnement psychologique » est de **3 (trois) mois** à compter de la date de la première consultation.

Aide à la gestion du parcours professionnel

L'Aide à la gestion du parcours professionnel s'adresse à tout salarié, d'au moins 5 (cinq) ans d'expérience professionnelle, qui s'interroge sur son avenir professionnel.

Validation de la demande du Bénéficiaire

Lors du premier appel du Bénéficiaire, le Conseiller Emploi de Mondial Assistance :

- identifie sa problématique,
- lui présente la prestation,
- valide sa motivation,
- puis lui envoie un questionnaire d'auto-évaluation.

Bilan personnel et professionnel

Après étude et analyse du questionnaire d'auto-évaluation, le Conseiller Emploi établit un bilan personnel et professionnel qu'il commente au Bénéficiaire lors de **2 (deux) entretiens téléphoniques**. Il lui envoie ensuite un document écrit.

Le Conseiller Emploi propose au Bénéficiaire d'approfondir sa réflexion en abordant ses valeurs, ses motivations professionnelles et lui envoie le document « Analyse de vos motivations ».

Analyse des motivations

Le Conseiller Emploi évoque avec le Bénéficiaire, lors d'un (1) entretien téléphonique, les différents éléments retenus.

Le Conseiller Emploi présente au Bénéficiaire le travail de recherche d'informations à effectuer et lui transmet les documents de travail nécessaires.

Enfin, le Conseiller Emploi fixe un rendez-vous de suivi avec le Bénéficiaire pour évoquer ses actions.

Suivi de la réflexion sur le projet

Au cours de **2 (deux) rendez-vous au maximum**, le Conseiller Emploi suit l'avancée des démarches du Bénéficiaire, l'encourage à faire preuve de curiosité et à s'informer en se rendant dans les lieux ressources et en rencontrant des professionnels. Il étudie et élucide les difficultés rencontrées, le motive et peut être amené à compléter l'information. Au dernier suivi, le Conseiller Emploi fixe un rendez-vous pour valider le ou les projets retenus.

Validation du projet professionnel

À réception du questionnaire « Elaboration de votre projet professionnel » complété par le Bénéficiaire, le Conseiller Emploi valide le ou les projets retenus et définit le plan d'actions pour le ou les concrétiser.

Une synthèse écrite est communiquée au Bénéficiaire.

Démarche interactive dans la construction du projet d'orientation

1. Suivi de la réflexion sur le projet

Le Conseiller Emploi est régulièrement en contact avec le Bénéficiaire pendant sa recherche et l'engage à faire le point.

De façon interactive, il :

- analyse et élucide les difficultés rencontrées par le Bénéficiaire,
- valide le déroulement du plan d'actions du Bénéficiaire,
- propose le cas échéant une réorientation de la stratégie de recherche d'informations.

2. Écoute et soutien

À tout moment au cours de sa réflexion et de ses recherches, le Bénéficiaire peut appeler son Conseiller Emploi qui l'écoute et le soutient dans sa démarche.

Aide pratique à la recherche d'informations

Le Conseiller Emploi peut fournir au Bénéficiaire :

- Les informations sur les métiers, les secteurs d'activité,
- Les adresses utiles (associations, organismes d'orientation...),
- La documentation (journaux et magazines...),
- Les formations (choix, établissements...),
- Les salons,
- L'emploi, les débouchés.

Perte d'autonomie d'un Proche

Le service de Conseil Social a pour objectif d'aider le Bénéficiaire qui se trouve subitement dans la nécessité de venir en aide à l'un de ses proches devenu dépendant à faire face à la situation et à limiter les impacts de cet événement sur sa vie professionnelle et personnelle.

Conseil Social

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 09h00 à 20h00, le samedi de 09h00 à 18h00, (horaires de France métropolitaine) et hors jours fériés, Mondial Assistance propose au Bénéficiaire :

Un service d'information et de conseil social par téléphone uniquement

- sur les principales prestations sociales existantes,
- sur les conditions d'accès aux Établissements spécialisés et leurs financements,
- sur les principaux organismes (sécurité sociale, Caisse d'Allocations Familiales, conseils généraux, Centres Communaux d'Action Sociale, Pôle Emploi, associations, caisse vieillesse) susceptibles d'apporter un financement afin de faciliter l'organisation du maintien à domicile de l'aidé ou son admission dans une maison d'accueil.

Un accompagnement dans les démarches administratives et sociales en 2 (deux) étapes :

Évaluation

Afin de mieux accompagner l'aidant sur le long terme, une évaluation personnalisée est réalisée par Mondial Assistance. Elle permet de connaître :

- le contexte dans lequel le Bénéficiaire aidant évolue,
- ses habitudes de vie (son domicile est-il éloigné de celui de la personne aidée ? ...),
- son environnement professionnel (situation au regard de son employeur),
- son environnement familial (composition, proximité géographique),
- le contexte matériel dans lequel il vit.

Cette évaluation a pour objectif de déterminer ses besoins en tant qu'aidant pour l'aider à obtenir les aides auxquelles il peut prétendre compte tenu de sa situation personnelle (par exemple : recherche de multi-financements).

L'évaluation permet de sensibiliser l'aidant à la nécessité de ne pas s'oublier au profit exclusif de son parent dépendant et à prendre de la distance par rapport à la situation.

Diagnostic et mise en œuvre

À l'issue de l'évaluation et sur demande du Bénéficiaire, Mondial Assistance propose un plan d'actions et assure :

- une coordination et une médiation entre les personnes (professionnels médico-sociaux) et les organismes sollicités,
- une aide à la constitution des dossiers administratifs,
- une expertise sur le plan social, grâce à ses assistantes sociales, qui permet un suivi de la situation sur le long terme.

Une aide pour gérer ou alléger le quotidien

Mondial Assistance met le Bénéficiaire en relation avec les prestataires spécialisés dans les services de :

- transport/accompagnement (ex. : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à La Poste, la banque, chez le médecin, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport...),
- livraison de courses,
- portage de repas, service de linge, coiffeur,
- dame de compagnie pour faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents.

La réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le Bénéficiaire au Prestataire concerné.

En cas de décès

Assistance obsèques

Mondial Assistance apporte son concours aux proches du Bénéficiaire et à leur demande, organise et prend en charge :

Le rapatriement ou le transport du corps

du Bénéficiaire depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y résidait.

Les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil de modèle simple sont également pris en charge.

Lorsqu'il y a inhumation provisoire, Mondial Assistance organise et prend en charge les frais de transport du corps jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation définitive en France métropolitaine, Andorre, Monaco, Martinique ou Guadeloupe, Guyane, à Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside, après expiration des délais légaux d'exhumation.

Le retour des autres Bénéficiaires

se trouvant sur place, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint-Martin, si le Bénéficiaire y réside.

Cette garantie s'applique uniquement en cas de décès du Bénéficiaire à plus de 50 (cinquante) km de son Domicile.

Le voyage d'un Proche

aller et retour de son domicile en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y résidait, jusqu'au lieu d'inhumation, dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place à l'Étranger.

Le séjour à l'hôtel du Proche

acheminé sur le lieu d'inhumation à l'Étranger, dans la limite de **45 € TTC par nuit, pendant 2 (deux) nuits maximum.**

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Voyage d'un Proche » ci-dessus.

Les prestations définies ci-dessus sont exclues lorsque les obsèques ont lieu dans un des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies ainsi que la Corée du Nord et les pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de MONDIAL ASSISTANCE à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

Organisation des obsèques

À la demande de la famille du Bénéficiaire et pour son compte, Mondial Assistance peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint-Martin, si le Bénéficiaire y résidait : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, etc.

Mondial Assistance fait appel à son Prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le Bénéficiaire dans les informations confiées à Mondial Assistance.

Un devis pour accord préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation pour ce faire.

Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.

Info-conseil Pension de réversion

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 09h00 à 18h00 (horaires France métropolitaine), Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire [conjoint(e) survivant(e)] ses services :

Information Pension de réversion

Mondial Assistance apporte toute l'aide possible au Bénéficiaire qui vient de perdre son conjoint en matière d'information retraite.

Mondial Assistance communique, par téléphone uniquement, les renseignements relatifs à la retraite et plus spécifiquement les modalités de calcul, d'attribution et de versement d'une pension de réversion. Mondial Assistance communique les coordonnées des organismes qui seront en mesure de traiter la situation particulière.

Estimation

Mondial Assistance fournit au Bénéficiaire une estimation du niveau de pension de réversion auquel il peut prétendre à partir :

- des droits acquis par le conjoint disparu dont le Bénéficiaire est l'ayant droit.
- de sa propre situation de conjoint survivant.

Les simulations sont réalisées à partir des éléments communiqués par le Bénéficiaire lors de l'entretien téléphonique tels que :

- pour lui-même et le conjoint disparu, l'état civil, la situation familiale, la première activité professionnelle du conjoint disparu (activité, statut et rémunération brute) ;
- l'activité professionnelle du conjoint disparu au moment du décès (activité, statut et rémunération brute).

Les simulations réalisées n'ont qu'une valeur indicative et sont à ce titre, dépourvues de toute valeur contractuelle. Les résultats des simulations sont communiqués oralement au Bénéficiaire et ne donnent pas lieu à confirmation écrite.

Envoi de formulaire

Mondial Assistance adresse au Bénéficiaire, par courrier électronique ou postal, les formulaires types nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de pension de réversion à l'exception toutefois des formulaires qui ne peuvent être obtenus que par le Bénéficiaire lui-même auprès de l'organisme.

Dispositions Générales

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par l'Assureur nommé dans la notice d'information « TNS PREVOYANCE » auprès de Fragonard Assurances (société anonyme, au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 2 rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par AWP France SAS (société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr>) Désignée dans la présente convention sous le nom commercial « Mondial Assistance »

Responsabilité

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotages, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

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

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à Mondial Assistance France, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 (cinq) jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tout acte, pièce, facture et certificat de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Mondial Assistance France ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect par le Bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au Bénéficiaire le remboursement des frais exposés.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance France a été prévenue et a préalablement donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser le service.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la présente convention.

Elle ne sera pas tenue responsable :

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

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La communication d'informations, éventuellement à caractère juridique ne peut en aucun cas être assimilée à une consultation juridique. **Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.**

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 (quarante-huit) heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie...

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. **Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution des prestations « rapatriement ou transport » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.**

Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical détaillé, bulletin d'hospitalisation...). Ce justificatif sera adressé au médecin Mondial Assistance qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au Domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

Conditions applicables à la mise en relation dans le cadre des « Services à la personne » au sens de la loi du 26 juillet 2005 dite loi « Borloo »

Engagement

Lors d'une demande de mise en relation, Mondial Assistance s'engage à tout mettre en œuvre pour trouver un Prestataire :

- agréé, qui a été référencé avec soin par Mondial Assistance, pour garantir un service de qualité,
- qui sera en mesure de rappeler, dans un délai de 2 (deux) jours ouvrables maximum, à compter du premier jour ouvrable suivant la demande, si la mission est confirmée.

Ce délai est valable pour les prestations mentionnées dans le « Catalogue des Prestations BORLOO » en annexe. Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi et réalisées en zone urbaine ;

- qui n'appliquera pas de frais de dossiers, sous certaines conditions.
- dont Mondial Assistance s'est préalablement assuré qu'il était en mesure de satisfaire la demande du Bénéficiaire si ce dernier souhaite contracter avec lui.

Si le Prestataire, avec lequel le demandeur a été mis en relation, ne convient pas au Bénéficiaire, celui-ci pourra à nouveau contacter la plateforme afin d'être mis en relation avec un nouveau Prestataire, sous réserve des disponibilités locales.

Mondial Assistance assure un suivi de la satisfaction du demandeur/du Bénéficiaire, en réalisant des enquêtes qualité régulières.

Si le Bénéficiaire établit un contrat avec le Prestataire, le coût de la prestation fournie par le Prestataire reste à la charge du Bénéficiaire, qui règle directement ces frais, au regard du contrat qui le lie au Prestataire.

Responsabilité

Mondial Assistance met exclusivement en relation un Bénéficiaire avec des Prestataires agréés de son réseau.

Les prestations commandées par le Bénéficiaire au Prestataire seront exécutées sous la seule responsabilité de ce dernier.

Mondial Assistance n'est pas responsable, à l'égard du Bénéficiaire et des tiers :

- de toute faute dans le cadre de la préparation, la mise en place et l'exécution des prestations par le Prestataire ;
- des dommages tant matériels que corporels causés par le Prestataire au Bénéficiaire ou à ses biens.

Mondial Assistance ne saurait être tenue pour responsable d'un éventuel fait illicite ou de préjudice de quelque nature que ce soit qu'un Bénéficiaire pourrait subir du fait d'un Prestataire, ou qu'un Prestataire pourrait subir du fait du Bénéficiaire.

En conséquence, le Bénéficiaire renonce à tout recours à l'encontre de Mondial Assistance de ce fait.

Conditions applicables à « l'Aide au retour à l'emploi »

Pour pouvoir accéder aux services personnalisés, le Bénéficiaire doit :

- s'il est salarié, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant sa lettre de licenciement ou son avis de notification de Pôle Emploi ou son certificat de travail ;
- s'il est travailleur de statut indépendant, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant un document officiel certifiant la cessation de son activité (formulaire à obtenir auprès du Centre de Formalités Entreprises ou de Pôle Emploi).

L'Aide au Retour à l'Emploi a une durée **maximale d'un (1) an** à compter du premier appel auprès de notre Service Assistance Emploi de Mondial Assistance.

Le Bénéficiaire dispose d'un délai de 3 (trois) mois, à partir de la date de son licenciement, pour appeler le service Assistance Emploi de Mondial Assistance. Au-delà de ce délai de 3 (trois) mois, il ne pourra plus bénéficier de la garantie Assistance Emploi.

Conditions applicables à « l'Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés »

La prestation « Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés » est constituée d'un accompagnement psychologique et d'une aide à la réflexion professionnelle. Elle ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par Mondial Assistance auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont relève le Bénéficiaire. Le bénéficiaire dispose d'un délai de 12 (douze) mois à partir de la date du premier jour d'arrêt maladie pour appeler le service Assistance Emploi de Mondial Assistance. Au-delà de ce délai de 12 (douze) mois, il ne pourra plus bénéficier de la garantie Assistance Emploi.

La durée de la prestation est au plus de :

- **3 (trois) mois** pour l'accompagnement psychologique lorsqu'il y a lieu,
- **3 (trois) mois** pour la réflexion professionnelle.

Conditions applicables à « l'Aide à la gestion du parcours professionnel »

L'« Aide à la gestion du parcours professionnel » a une durée de **8 (huit) mois** à compter du premier appel auprès du Service Assistance Emploi de Mondial Assistance.

Loi Informatique et Libertés

Conformément à la "Loi Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

AWP France SAS

Service juridique – DT03

7 rue Dora Maar - CS 60001

93488 Saint-Ouen Cedex.

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du Contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Modalité d'examen des réclamations

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

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :
AWP FRANCE SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA
70002
93488 Saint-Ouen Cedex

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

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

Si le désaccord persiste, après la réponse de Mondial Assistance ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

Exclusions Générales

Outre les exclusions définies plus haut dans la convention, sont exclus :

- les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérée ou constituée ;
- les hospitalisations prévisibles ;
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- les maladies chroniques psychiques ;
- les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement ;
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées ;
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance ;
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool ;
- les conséquences de suicide ou tentative de suicide ;
- les conséquences :
 - o des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - o de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - o de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - o de l'exposition à des agents incapacitants,
 - o de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire ;

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense.

Mise en œuvre des prestations

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire auprès de Mondial Assistance France au moyen de la ligne téléphonique :

Pour les résidents de France métropolitaine :

- depuis le lieu de résidence : 02 43 80 20 80 (numéro non surtaxé)
- depuis l'Étranger : +33 2 43 80 20 80

Pour les résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane, Saint-Martin ;

- depuis le lieu de résidence :
09 69 36 72 00 (coût d'une communication locale)
- depuis la France métropolitaine :

- 02 62 90 46 18
- depuis l'Étranger : +262 2 62 90 46 18

accessibles 24h/24, 7 jours / 7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit,
- le nom et le prénom du Bénéficiaire
- l'adresse du Bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le Bénéficiaire peut être joint.

Loi applicable – Langue utilisée

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

La langue utilisée pour l'exécution de la convention est le français.

Autorité de Contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la présente convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE : Catalogue des prestations « Borloo » (1/2)

Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

FAMILLES DE SERVICE	SERVICES	PUBLIC	DESCRIPTION DE LA PRESTATION
MAISON ET CADRE DE VIE			
	Petit jardinage	Tous	Travaux d'entretien courant du jardin : Taille des haies et des arbres (moins de 2 m), tonte de la pelouse, désherbage, débroussaillage y compris des déchets, ... Sont exclus : - les travaux « forestiers » (récolte du bois, reboisement, ...) - le traitement des arbres contre les maladies
	Entretien de la maison	Tous	Travaux d'entretien courant du domicile : Ménage, repassage, vaisselle, entretien du linge... Mais aussi sur demande : Préparation des repas, portage de linge au pressing, livraison de courses de proximité et en petites quantités à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de service comprenant un ensemble d'activités réalisées au domicile. Sont exclus : - le nettoyage des vitres de grande hauteur (au-delà d'une hauteur d'homme) ; - les travaux de type shampooinage des moquettes ou des tapis qui nécessitent un matériel spécifique.
	Petit bricolage	Tous	Travaux dits de petit bricolage réalisables par un « Homme de toutes mains » : Travaux d'installation (monter un meuble en kit, poser une tringle à rideau, décrocher un lustre, ...), électricité (poser un interrupteur, installer un tableau à fusibles, ...), serrurerie (poser une poignée, réparer une charnière, ...), ... Mais aussi des travaux ménagers : Qui ne peuvent être réalisés par une aide-ménagère car exige des manipulations « lourdes » : installer un lustre, déplacer des meubles, accéder à des zones difficiles. Sont exclus : Tous les travaux qui exigent l'intervention d'un professionnel/artisan.
	Maintenance du domicile en cas d'absence	Tous	Ouverture et fermeture des volets, relève du courrier, travaux ménagers à l'intérieur du domicile, etc. : Service proposé pour le lieu de résidence principale ou secondaire. Sont exclus : Les activités de sécurité humaine (vigil, services de ronde autour du domicile) ou électronique (télésurveillance) ainsi que les activités de gardiennage de biens meublés ou d'immeubles. Il ne s'agit pas d'assurer la sécurité des personnes
FAMILLE			
	Garde d'enfants	Enfants de tous âges	Garde d'enfants au domicile : - temps plein, temps partiel, sortie d'école, remplacement de nounou ; - éveil et jeux, repas, toilette et soins d'hygiène, maintien de l'environnement des enfants ; - accompagnement/récupération des enfants à la crèche ou à l'école ; - accompagnement aux activités extrascolaires (à pied ou en transports en commun) ; - entretien du lieu de vie de l'enfant. Sont exclus : - les déplacements en voiture ou autres transports ne relevant pas des transports en commun ; - le ménage. Garde d'enfant malade au domicile. Sont exclus : Les soins médicaux.
	Soutien scolaire	Enfants et étudiants scolarisés	Soutien scolaire niveau primaire « matières classiques » : du CP au CM1 Aide aux devoirs, accompagnement dans certaines matières (français, mathématiques, langues) Soutien scolaire niveau secondaire « matières classiques » : de la 6^{ème} à la terminale Soutien par matière, préparation aux examens <i>Matières classiques : mathématiques, physique, chimie, biologie, français, philosophie, histoire, géographie, anglais, allemand, espagnol, italien, économie, comptabilité, droit.</i> Soutien scolaire niveau secondaire « matières classiques » : Bac+2 à bac+4 Soutien par matière, préparation aux examens <i>Matières classiques : mathématiques, physique, chimie, biologie, français, philosophie, histoire, géographie, anglais, allemand, espagnol, italien, économie, comptabilité, droit</i> Soutien scolaire matières « hors classiques » sur devis Cours de musique et cours de solfège <i>Instruments : violon, piano, guitare, flûte à bec, flûte traversière</i> <i>Plusieurs niveaux : débutant, intermédiaire, avancé.</i>

ANNEXE : Catalogue des prestations « Borloo » (2/2)

Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

FAMILLES DE SERVICE	SERVICES	PUBLIC	DESCRIPTION DE LA PRESTATION
VIE PRATIQUE ET LOSIRS			
	Assistance informatique et Internet	Tous	Installation et prise en main : - réception du matériel informatique (micro-ordinateur personnel et ses périphériques) - installation, mise en service et accompagnement à la prise en main (initiation au fonctionnement du matériel) Sont exclus : - assistance à distance (Internet ou téléphone) - matériel professionnel, matériel audio, photo et vidéo numérique - les formations informatiques sur un logiciel donnée par exemple ou internet (cf. ; cours informatique) Maintenance et dépannage : - travaux de maintenance et de dépannage sur des micro-ordinateurs personnel et ses périphériques Sont exclus : Le remplacement et la vente de matériel, les interventions à distance (téléphone ou internet)
	Cours pour adultes	Adultes	Cours de gestion et cours de droit Cours de langues : Niveaux : débutant, intermédiaire, supérieur Langues : anglais, espagnol, allemand, russe, chinois, portugais, ... Usage : professionnel, conversation Cours d'informatique : - logiciels : traitement de texte, tableur, ... - Internet Cours de musique et cours de solfège Instruments : guitare, flûte à bec, flûte traversière Plusieurs niveaux : débutant, intermédiaire, avancé.
	Préparation des repas	Tous	Préparation de repas, réalisation des courses Cette prestation est réalisée par du personnel de maison en mesure de préparer des repas simples. Les intervenants ne sont pas des cuisiniers ou des chefs à domicile.
	PERSONNES AGEES ET FRAGILISEES		
	Assistance administrative à domicile	Tous	Assistance administrative : - aide au remplissage de documents divers dont formulaires sociaux, - appels téléphoniques pour le compte de la personne, rédaction de courrier - aide à la gestion des factures, vérification des commandes, tri du courrier, classement des papiers administratifs. Sont exclus : L'assistance juridique, conseil pour indépendants, secrétariat, conseils financiers, conseil fiscal.
	Garde malade adultes	Adultes	Garde malade à domicile Sont exclus : Les soins médicaux
	Aide à la mobilité	Tous les publics fragiles : handicapés, âgés ou dépendants	Mise à disposition d'un chauffeur et d'un véhicule adapté au niveau de mobilité du bénéficiaire et de son équipement (fauteuil roulant, béquilles, ...)
	Assistance aux personnes âgées et dépendantes	Personnes dépendantes Personnes âgées	Accompagnement des personnes âgées ou dépendantes dans les activités quotidiennes : Hygiène de vie (aide à l'habillage/déshabillage, aide à l'hygiène corporelle, lever/coucher), alimentation (préparation des repas, réalisations des courses, aide à la prise des repas), entretien de la maison, accompagnement aux activités sociales (conversation, jeux, sorties) Et aussi Assistance administrative, nourriture chiens et chats Sont exclus : Les soins médicaux, les sorties qui nécessitent un véhicule
		Personnes dépendantes	Soins d'hygiène et de mise en beauté réservés aux personnes dépendantes. Sont exclus : Les soins pratiqués par un professionnel ou hors du domicile. Ex : pédicure, manucure, coiffure (coupe, couleurs, permanentes, etc...) Les soins et promenades d'animaux de compagnie à l'exclusion des soins vétérinaires et du toilettage Sont exclus : La garde d'animaux (type chenil)
	Assistance aux personnes handicapées	Personnes handicapées (enfants et adultes)	Accompagnement des personnes handicapées dans les activités quotidiennes : Hygiène de vie (aide à l'habillage/déshabillage, aide à l'hygiène corporelle, lever/coucher), alimentation (préparation des repas, réalisations des courses, aide à la prise des repas), entretien de la maison, aide à la mobilité (à bras) Sont exclus : Les soins médicaux

Annexe : BARÈME SPECIFIQUES OPTION PROFESSIONS LIBERALES MEDICALES (Taux d'invalidité 'N' – selon liste et choix de l'option)

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE			Ankylose du genou en position favorable	40%
Aliénation totale incurable			Désarticulation de la hanche	100%
Amputation de la cuisse au tiers moyen			Désarticulation du genou	80%
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet			Névralgie, sciatique persistante (avec signes objectifs)	15 à 40%
Cécité complète			Paralysie du nerf crural	40%
Désarticulation ou ankylose de la hanche			Paralysie du nerf poplité interne	30%
Désarticulation ou ankylose de l'épaule			Paralysie du nerf sciatique	65%
Hémiplégie organique complète			Perte complète de l'usage des deux jambes	100%
Paralysie complète du plexus brachial, au médian du bras, du radial au-dessus du triceps			Pseudarthrose lâche (membre de polichinelle) de la cuisse ou des deux os de la jambe, non appareillable	100%
Perte de la main			Raccourcissement d'un membre inférieur jusqu'à 2 cm	5%
Perte de l'index			Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 2 cm jusqu'à 4 cm	10%
Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)			Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 4 cm jusqu'à 5 cm	15%
Perte du médius			Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 5 cm jusqu'à 7cm	20%
Perte du pouce ou de la phalange terminale			Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 7 cm	30%
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe			Raideur et ankylose de la hanche en position défavorable	70%
Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant-bras droit			Raideur et ankylose de la hanche en position favorable	50%
Surdité totale des deux oreilles			Rupture du tendon d'Achille	10 à 30%
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ET PARTIELLE			Membres supérieurs	Dominant Non dominant
Bassin (à l'exclusion de la hanche)			Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	100% 100%
Selon les séquelles (troubles statiques, moteurs et urinaires)			Ankylose de l'épaule	100% 100%
Côtes (sternum)			Ankylose du coude en position défavorable	100% 100%
Douleurs et gêne au port de charge			Ankylose du coude en position favorable	80% 70%
Retentissement sur la fonction respiratoire objective par des épreuves fonctionnelles			Ankylose du poignet (doigts libres)	55% 45%
Divers			Ankylose radio-cubitale, main fixée en position intermédiaire	70% 60%
Hémiplégie organique complète			Ankylose radio-cubitale, main fixée en pronation	60% 50%
Néphrectomie (Majoration du taux selon l'azotémie) avec insuffisance rénale			Ankylose radio-cubitale, main fixée en supination	100% 80%
Néphrectomie (Majoration du taux selon l'azotémie) sans insuffisance rénale			Désarticulation de l'épaule	100% 100%
Splénectomie totale			Paralysie complète du circonflexe	80% 80%
Mâchoires et dents			Paralysie complète du cubital au coude	85% 85%
Amputation de la langue, suivant le degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition			Paralysie complète du cubital au poignet	60% 50%
Ecartement interosseux inférieur à 10 mm suivant causes			Paralysie complète du médian	100% 100%
Ecartement interosseux entre 10 et 30 mm suivant le degré de mastication			Paralysie complète du plexus brachial	100% 100%
Fracture du maxillaire inférieur vicieusement consolidée avec trouble de l'articulé dentaire et selon la possibilité de prothèse			Paralysie complète du radial au-dessous du triceps	90% 80%
Perte de la mâchoire inférieure 80%			Paralysie complète du radial au-dessus du triceps	100% 100%
Mains	Dominant	Non Dominant	Pseudarthrose lâche (membre de polichinelle) du bras, du coude ou de l'avant-bras, non appareillable	100% 100%
Amputation ou perte fonctionnelle totale :			Nez	
de la main			Anosmie totale associée à agueusie	20%
de l'annulaire			Fracture des os propres ou de la cloison sans sténose	0 à 5%
de la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire			Sténose bilatérale et selon rhinite	5 à 20%
de la phalange terminale de l'index			Sténose unilatérale	10%
de la phalange terminale du médius			Tête (avec ou sans fracture du crâne)	
de la phalange terminale du pouce			Aliénation totale incurable	100%
de l'auriculaire			Epilepsie démontrée d'origine traumatique suivant la fréquence des crises	20 à 100%
de l'index			Epilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois)	30 à 100%
du médius			Syndrome subjectif post-commotionnel complet (n'est indemnisé que s'il y a eu perte de connaissance initiale)	0 à 5%
du pouce			Troubles psychiques et déficits des fonctions intellectuelles : déficit neurologique objectif	20 à 100%
Membres inférieurs			Tronc (colonne vertébrale)	
Amputation de cuisse au tiers moyen			Complications neurologiques	10 à 100%
Amputation de jambe au tiers moyen			Entorse vertébrale ou fracture d'une apophyse avec lumbago chronique d'origine traumatique	5 à 25%
Amputation des cinq orteils			Fracture d'un corps vertébral et sans séquelles neurologiques	10 à 30%
Amputation de syme ou désarticulation tibio-tarsienne			Yeux et oreilles	
Amputation du gros orteil			Altération de la fonction visuelle	3 à 30%
Amputation d'un des quatre autres orteils			Hypoacousie unilatérale	3 à 30%
Amputation du pied (Chopart-Lisfranc)			Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%
Amputation du pied (Pirogoff-Ricard)			Perte totale d'un œil	80%
Ankylose du cou-de-pied			Surdité totale des deux oreilles	100%
Ankylose du genou en position défavorable			Surdité totale unilatérale	40%
L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle. L'indemnisation résultant de plusieurs infirmités provenant d'un même événement s'obtient par addition des indemnisations dues pour chaque infirmité, sans pouvoir dépasser le capital assuré ou la rente mensuelle assurée pour invalidité permanente totale. De même, si plusieurs lésions atteignent le même membre, le taux d'incapacité ne pourra dépasser le taux prévu pour la perte totale dudit membre.				
Lorsque l'invalidité ne relève pas des cas précédemment cités, le barème d'invalidité à prendre en considération est celui du barème normal de l'article 8.3.				