

■ **DÉFINITIONS**

Souscripteur : **MUTUELLE ENTRAIN** représentée par Olivier Techec en SA qualité de Président, pour le compte de ses adhérents.

Adresse : Le Massilia – 5 Boulevard Camille Flammarion – 13 001 Marseille

Assuré : - Pour les adhésions antérieures au 01/01/19 :

L'adhérent informé de l'évolution de ses garanties par le souscripteur, bénéficie automatiquement des garanties comprises au présent contrat. Les ayants droits de l'adhérent, tels que définis au lexique, bénéficient également de la qualité d'assuré.

- Pour les adhésions postérieures au 01/01/2019 :

L'adhérent ayant souscrit une garantie complémentaire santé auprès du souscripteur bénéficie des garanties comprises au présent contrat. Les ayants droits de l'adhérent, tels que définis au lexique, bénéficient également de la qualité d'assuré.

Assureur : **COVEA PROTECTION JURIDIQUE**

Société anonyme, au capital de 88 077 090,60 €
RCS Le Mans 442 935 227

Siège social : 33, Rue de Sydney 72045 LE MANS CEDEX 2

Entreprises régies par le Code des Assurances

Cette société est dénommée COVEA PROTECTION JURIDIQUE ou l'Assureur dans la présente notice.

Soumise à L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 - - 75436 PARIS Cedex 09.

Fait générateur : événement, fait, situation, susceptibles de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit que l'assuré subit ou cause à un tiers.

Litige : Toute réclamation AMIABLE ou JUDICIAIRE faite PAR ou CONTRE l'assuré.

Ayants droits : Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- ❖ Les épouses et époux, concubines et concubins, les personnes liées à l'adhérent par un PACS,
- ❖ Les enfants à charges de l'adhérent au sens des dispositions de l'article L 161-1 du Code de la Sécurité Sociale :
 - Par enfant à charge, il faut entendre :
 - L'enfant célibataire âgé au 1^{er} Janvier de l'année considérée de moins de 21 ans,
 - L'enfant célibataire âgé au 1^{er} Janvier de l'année considérée de moins de 28 ans s'il poursuit ses études ou s'il est en contrat de professionnalisation
- ❖ Les ascendants du membre participant, de son conjoint, concubin ou de la personne liée par PACS sous réserve de répondre aux obligations mentionnées à l'article L 161-1 du code de la Sécurité Sociale,
- ❖ Les membres de la famille tels qu'ils sont définis par l'article L 161-1 du code de la Sécurité Sociale,
- ❖ Les ascendants de la famille tels qu'ils sont définis par l'article L 161-1 du code de la Sécurité Sociale.

■ **LES PRESTATIONS DONT BENEFICIE L'ASSURE**

➔ **LA PRÉVENTION ET L'INFORMATION JURIDIQUES PAR TELEPHONE :** en prévention de tout litige, et sur simple appel téléphonique, les juristes de l'assureur fournissent à l'assuré les renseignements juridiques relatifs au droit français qui lui sont utiles pour la sauvegarde de ses intérêts dans les domaines garantis par le contrat.

Le service d'Assistance Téléphonique est accessible du Lundi au vendredi de 8 H. à 20 H. et le samedi de 8H. à 18 H. (hors jours fériés ou chômés), au numéro 02 43 39 35 05.

➔ **LA RECHERCHE D'UNE SOLUTION AMIABLE :** en présence d'un litige, l'assureur conseille l'assuré pour réunir les éléments de preuve nécessaires à la constitution de son dossier et effectue toutes démarches amiables auprès de la partie adverse afin d'obtenir une solution négociée au mieux des intérêts de l'assuré.

➔ **LA DÉFENSE JUDICIAIRE DES INTÉRÊTS :** en l'absence de solution amiable, l'assureur – sous les simples réserves que le litige ne soit pas prescrit et qu'il repose sur des bases juridiques certaines – l'assureur prend en charge les frais engendrés par une procédure sur laquelle l'assuré a donné son accord, tendant :

- à la reconnaissance de droits,
- à la restitution de biens,
- à l'obtention d'indemnités pour réparation d'un préjudice subi.

➔ **L'EXECUTION ET LE SUIVI :** l'assureur veille à l'application de l'accord amiable négocié ou de la décision judiciaire obtenue et prend en charge les frais nécessaires.

■ **LES FRAIS PRIS EN CHARGE**

L'assureur prend en charge **dans la limite du plafond de dépenses** par litige mentionné ci-dessous :

- le coût des enquêtes, des consultations et des constats d'huissier **engagés avec son accord préalable,**
- le coût des expertises amiables et judiciaires **diligentées avec son accord préalable dans la limite du plafond ci-après défini**
- les dépens,
- les frais et honoraires d'avocat ou de toute personne habilitée par les textes pour défendre vos intérêts devant toute juridiction dans la limite des montants prévus à l'annexe « **plafond de prise en charge des honoraires du mandataire** » reproduite ci-après

Ne sont jamais pris en charge :

- les condamnations en principal et intérêts,
- les amendes pénales ou civiles et pénalités de retard,
- les dommages et intérêts et autres indemnités compensatoires,
- les condamnations au titre des articles 700 du code de procédure civile, 475-1 du Code de Procédure Pénale, L 761-1 du Code de Justice Administrative ou leur équivalent devant les juridictions autres que françaises.
- les frais engagés à la seule initiative de l'assuré pour l'obtention de constats d'huissier, d'expertises amiables ou de toutes autres pièces justificatives à titre de preuves nécessaires à la constitution du dossier,
- les frais résultant de la rédaction d'actes,
- les honoraires de résultat,
- les frais de déplacement.

■ **LES LITIGES GARANTIS**

Sont garantis les litiges qui présentent simultanément les caractéristiques suivantes :

- ils surviennent dans l'un des domaines garantis énumérés ci-après,
- leur fait générateur n'était pas connu de l'assuré lors de la prise d'effet des garanties,
- ils ne sont pas prescrits et reposent sur des bases juridiques certaines,
- **leur intérêt financier dépasse le seuil d'intervention de 200 €,**
- ils opposent l'assuré à une personne étrangère au présent contrat, n'ayant pas la qualité d'assuré,
- ils surviennent et sont déclarés pendant la durée de validité de la garantie.

■ **LES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES**

Sont toujours exclus les litiges :

- relatifs aux poursuites pénales exercées contre l'assuré devant les Cours d'Assises,
- provoqués intentionnellement par l'assuré ou dont celui-ci se rend complice,
- résultant de poursuites pour délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du Code pénal, ou rixe toutefois, si la décision devenue définitive écarte le caractère intentionnel de l'infraction (non-lieu, requalification, relaxe...) l'assureur rembourse les honoraires de l'avocat qu'il aura saisi pour le défendre dans la limite du plafond de prise en charge des honoraires du mandataire référencée 13.
- les litiges résultant de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires – il appartient alors à l'assureur de prouver que le litige résulte de l'un de ces faits (Article L. 121-8 du Code des assurances), d'actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées,
- les litiges opposant les assurés entre eux,
- les litiges opposant le souscripteur à un assuré,

Ainsi que ceux relatifs :

- à un accident de la circulation, à la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants,
- aux mises en cause de la responsabilité civile de l'assuré et pris en charge au titre d'un autre contrat d'assurance de l'assuré,
- aux défauts de paiement imputables à l'assuré,
- à l'expression d'opinions politiques, religieuses ou syndicales,
- aux conflits collectifs du travail,

- à la matière douanière,
- à la matière fiscale,
- aux statuts d'association, de société civile ou commerciale et à leur application,
- à l'acquisition, la détention, la cession de parts sociales ou de valeurs mobilières,
- à la caution ou l'aval contracté par l'assuré,
- au droit de la propriété intellectuelle : propriété littéraire et artistique, propriété industrielle,
- aux droits des personnes, au droit de la famille (Livre 1^{er} du Code Civil),
- aux successions,
- opposant l'assuré au souscripteur.

■ LA TERRITORIALITE

La garantie est accordée à l'assuré pour tout litige qui survient dans l'un des pays énumérés ci-dessous, chaque fois qu'il relève de la compétence de l'une des juridictions de ce pays :

- Etats membres de l'Union Européenne,
- ANDORRE, LIECHTENSTEIN, NORVÈGE, PRINCIPAUTÉ DE MONACO, SAINT MARIN, SUISSE et VATICAN.

■ LES LIMITES DE GARANTIE

L'assureur intervient pour tout sinistre dont l'intérêt financier en principal (hors pénalités de retard, dommages et intérêts et autres demandes annexes) est supérieur au seuil d'intervention fixé à 200€.

L'assureur intervient pour l'ensemble des frais pris en charge au titre des présentes garanties à concurrence du plafond global des dépenses fixé à 50 000 € par litige garanti.

Dans le cadre de cette enveloppe globale, sont pris en charge :

- Les frais et honoraires d'avocat ou de toute personne habilitée par les textes pour défendre les intérêts de l'assuré devant toute juridiction, dans la limite des montants prévus à l'annexe « **plafond de prise en charge des honoraires du mandataire** » reproduite plus bas.

Ces sommes sont indexées selon les modalités définies au paragraphe « ADAPTATION DE LA COTISATION ET LIMITES DE GARANTIE »

➤ Dispositions communes à la « Protection Juridique SANTE » :

- « Protection Juridique santé »
- « Protection Juridique médicale »
- « Protection Juridique consommation liée à la santé »
- « Protection Juridique prestations sociales et allocations »

✚ LA « PROTECTION JURIDIQUE SANTE »

Sont garantis au titre de la garantie « Protection Juridique santé » les litiges relatifs notamment au(x) :

- erreurs médicales, non-respect du secret médical, maladies nosocomiales qui opposent l'assuré à un établissement de soins ou des professionnels de santé,
- erreurs dans le calcul d'un taux d'invalidité, erreurs de remboursement des prestations, qui opposent l'assuré aux organismes publics tels que la sécurité sociale,
- accidents du travail, maladies professionnelles, qui opposent l'assuré à son employeur,
- pollution industrielle opposant l'assuré à des organismes tiers.

✚ LA « PROTECTION JURIDIQUE MEDICALE »

Au titre de la garantie « Protection Juridique médicale », l'assureur défend les intérêts de l'assuré en cas de litiges consécutifs à une erreur médicale, un retard ou une erreur de diagnostic, une infection nosocomiale ou un défaut de conseil et opposant l'assuré à :

- un établissement de soin public ou privé (par exemple : hôpital, clinique, maison de rééducation, établissement psychiatrique...);
- un professionnel de santé (par exemple : médecin, chirurgien, dentiste, kinésithérapeute, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur...),
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

✚ LA « PROTECTION JURIDIQUE CONSOMMATION LIEE A LA SANTE »

Au titre de la garantie « Protection Juridique consommation liée à la santé », l'assureur prend en charge les litiges :

- relatifs à l'achat ou l'utilisation par l'assuré d'un équipement médical ou d'un produit défectueux, non conforme ou dangereux,

- relatifs à la réalisation par l'assuré des travaux d'aménagements d'une habitation ou d'un véhicule rendus nécessaires par l'état de santé de l'assuré,
- relatifs à la mise en œuvre, en raison de l'état de santé de l'assuré, d'une assurance liée à un prêt.
- opposant l'assuré à un transporteur sanitaire.

✚ LA « PROTECTION JURIDIQUE PRESTATIONS SOCIALES ET ALLOCATIONS »

Au titre de la garantie « Protection Juridique prestations sociales et allocations », l'assureur prend en charge les litiges consécutifs à l'état de santé de l'assuré et l'opposant à :

- un organisme social, de prévoyance
- ou une institution chargée de l'attribution d'allocations spécialisées dont l'assuré est le bénéficiaire (ex : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

■ LES LIMITES AUX « GARANTIES SANTE »

L'assureur intervient pour tout sinistre dont l'intérêt financier en principal (hors pénalités de retard, dommages et intérêts et autres demandes annexes) est supérieur au seuil d'intervention fixé à 200€.

L'assureur intervient pour l'ensemble des frais pris en charge au titre des présentes garanties à concurrence du plafond global des dépenses fixé à 50 000 € par litige garanti.

Dans le cadre de cette enveloppe globale, sont pris en charge :

- Les frais et honoraires d'avocat ou de toute personne habilitée par les textes pour défendre les intérêts de l'assuré devant toute juridiction, dans la limite des montants prévus à l'annexe « **plafond de prise en charge des honoraires du mandataire** » reproduite plus bas.

Ces sommes sont indexées selon les modalités définies au paragraphe « ADAPTATION DE LA COTISATION ET LIMITES DE GARANTIE »

■ LES FRAIS PRIS EN CHARGE RELATIF « GARANTIES SANTE »

Outre les frais pris en charge prévus ci-dessus, des frais spécifiques s'appliquent aux garanties « Protection Juridique Santé ». Pour ceux-ci, l'assureur prend en charge le coût d'expertise médicale amiable et judiciaire dans la limite frais 2 000 €.

➤ LA PROTECTION JURIDIQUE GENERALE :

■ Les domaines garantis

Sont garantis au titre la garantie « Protection Juridique Générale », les litiges survenant dans le cadre de la vie privée de l'assuré et relatif à :

→ l'usurpation d'identité et atteinte à l'e-réputation :

■ L'usurpation d'identité :

Lorsque l'assuré est victime d'une usurpation d'identité, l'assureur rembourse, sur justificatifs, les sommes indûment mises à la charge de l'assuré dont celui-ci a été dans l'obligation de s'acquitter et sur justification d'un dépôt de plainte ainsi que les frais de déplacement à concurrence du coût d'un billet de train 2ème classe, si l'assuré est contraint de se déplacer pour effectuer des démarches administratives nécessaires à la justification de son identité.

L'assureur indemnise l'assuré à hauteur de 2 000 €.

■ Les garanties en cas d'atteinte à l'e-réputation :

Si l'assuré est victime d'une atteinte à l'e-réputation dans le cadre de sa vie privée, l'assureur prend en charge les frais et honoraires du prestataire mandaté par l'assureur dans la limite de 2 000 € afin qu'il procède :

- à l'analyse des informations préjudiciables et à l'identification des auteurs,
- à la demande de suppression des informations préjudiciables si cette opération s'avère réalisable
- au noyage des informations préjudiciables afin d'en limiter la visibilité dans les moteurs de recherche si leur suppression s'avère impossible.

Ces prestations sont acquises quel que soit le lieu de localisation du responsable de l'information (titulaire de blog, hébergeur, éditeur du titre de publication de l'information).

L'obligation de procéder à la suppression ou au noyage des informations résulte d'une obligation de moyen et non de résultat.

■ LES LIMITES A LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE

L'assureur intervient pour tout sinistre dont l'intérêt financier en principal (hors pénalités de retard, dommages et intérêts et autres demandes annexes) est supérieur au seuil d'intervention fixé à 200€.

L'assureur intervient pour l'ensemble des frais pris en charge au titre des présentes garanties à concurrence du plafond global des dépenses fixé à 50 000 € par litige garanti.

Dans le cadre de cette enveloppe globale, sont pris en charge :

- Les frais et honoraires d'avocat ou de toute personne habilitée par les textes pour défendre les intérêts de l'assuré devant toute juridiction, dans la limite des montants prévus à l'annexe « plafond de prise en charge des honoraires du mandataire » reproduite plus bas.

Ces sommes sont indexées selon les modalités définies au paragraphe « ADAPTATION DE LA COTISATION ET LIMITES DE GARANTIE »

Juridictions	Montants TTC	Montant HT
Référé expertise	1.070 €	892 €
Référé provision	1.313 €	1.094 €
Autre référé	1.313 €	1.094 €
Requêtes non contradictoires	1.070 €	892 €
Tribunal d'Instance - jugement	1.656 €	1.380 €
- conciliation	717	598 €
Tribunal de Grande Instance	2.363 €	1.969 €
Tribunal des affaires de sécurité sociale	2.363 €	1.969 €
Tribunal de commerce :		
- déclaration de créance	424 €	353 €
- relevé de forclusion	545 €	454 €
- jugement	2.363 €	1.969 €
Tribunal Paritaire des Baux Ruraux	717 €	598 €
- Absence de conciliation		
- Conciliation		
- Jugement	2.363 €	1.969 €
	2.363 €	1.969 €
Tribunal Administratif	2.363 €	1.969 €
Conseil des Prud'hommes		
- absence de conciliation	990 €	825 €
- conciliation	2.224 €	1.868 €
- jugement	1.999 €	1.666 €
Juge de l'exécution	1.545 €	1.288 €
Juridiction d'appel		
-assistance à plaidoirie	2.363 €	1.970 €
- Postulation	1.262 €	1.052 €
Cour de Cassation/ Conseil d'Etat	4.483 €	3.736 €
Composition ou médiation pénale	545 €	454 €
Tribunal de Police		
- sans partie civile	929 €	774 €
- avec partie civile	1.171 €	976 €
Tribunal Correctionnel		
-Instruction correctionnelle	1.343 €	1.119 €
- jugement	1.188 €	1.573 €
Cours d'Assises		
- Instruction criminelle	3.292 €	2.743 €
- Jugement	4.483 €	3.736 €
Commissions Diverses	707 €	589 €
Commission de recours amiable en matière fiscale	949 €	791 €
Mesure instruction – assistance à expertise	798 €	665 €
Consultation et démarches amiables infructueuse	687 €	573 €
Consultation et démarches amiables ayant résolu le litige	1.343 €	1.119 €
Transaction en phase judiciaire	Montant à retenir identique à celui qui aurait été appliqué si la procédure était arrivée à son terme devant la juridiction de 1ere instance	

➤ LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES :

■ LA DECLARATION DU LITIGE

L'assuré doit – sauf cas fortuit ou de force majeure et, en tout état de cause, avant d'avoir pris une initiative quelconque – déclarer à l'assureur tout sinistre susceptible d'ouvrir droit à garantie dans un délai de 30 jours. Les déclarations de litige doivent être transmises à l'adresse suivante :

COVEA Protection Juridique – GED 1 – 33 rue de Sydney – 72045 LE MANS CEDEX 2.

Si l'assuré déclare tardivement son sinistre et que l'assureur prouve que le retard lui a causé un préjudice, l'assuré est déchu de son droit à garantie.

Tout assuré qui aura surpris ou tenté de surprendre la bonne foi de l'assureur par des déclarations intentionnellement inexactes - soit sur les circonstances ou conséquences d'un sinistre, soit sur le montant de sa réclamation - sera déchu du droit à la garantie pour le sinistre en cause.

Il sera tenu de rembourser à l'assureur les sommes que celui-ci aurait eu à payer, le cas échéant, du fait du sinistre.

L'assuré est tenu de communiquer toutes pièces ou tous éléments nécessaires à la conduite du dossier. A défaut, l'assureur est déchargé de toute obligation de garantie.

Dans tous les cas, la demande d'intervention au profit d'un salarié assuré doit être effectuée par l'intermédiaire et avec l'accord du souscripteur. Le souscripteur fournit à l'assureur une attestation sur l'honneur confirmant la date d'entrée dans l'entreprise du salarié assuré ainsi que son accord pour la mise en œuvre de la garantie.

■ DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA PROTECTION JURIDIQUE

➔ **LE SUIVI DU DOSSIER :** L'assureur, après examen, conseille l'assuré sur la suite à réserver au sinistre déclaré et met en œuvre les actions utiles à sa résolution.

Les frais engagés par l'assuré sans l'accord préalable de l'assureur sont pris en charge dans les limites de la garantie dès lors que l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir exposés.

➔ **LE LIBRE CHOIX DE L'AVOCAT :** Dans le cadre de la garantie défense pénale circulation, lorsqu'il est fait appel à un avocat ou à toute autre personne qualifiée par les textes pour défendre, servir ou représenter ses intérêts, l'assuré a la liberté de le choisir.

Il peut également, s'il n'a pas connaissance d'un avocat susceptible d'assurer la défense de ses intérêts, choisir l'un des avocats dont l'assureur lui aura – à sa demande écrite – communiqué les coordonnées.

L'assureur rembourse à l'assuré, TVA comprise ou hors TVA selon son régime fiscal et sur présentation d'une facture acquittée, les dépens en totalité et les frais et honoraires de son avocat dans la limite des montants prévus contractuellement à l'annexe « Plafond de remboursement des honoraires du mandataire » reproduite dans le paragraphe « limites de garanties ».

Dans l'un et l'autre cas, les règlements de l'assureur ne peuvent dépasser les plafonds de dépenses mentionnées dans les paragraphes « limites de garantie ».

Lorsqu'une juridiction est saisie, l'assuré, conseillé par son avocat, conserve la maîtrise de la procédure.

➔ **LE CONFLIT D'INTERETS:** En cas de conflit d'intérêt entre l'assureur et l'assuré ou de désaccord quant au règlement du litige l'assuré conserve la possibilité de choisir son défenseur (Article L. 127-3 du Code des Assurances) et de recourir à l'arbitrage (Article L. 127 4 du Code des Assurances).

➔ **LE RECOURS A L'ARBITRAGE :** En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler le litige, il est fait appel à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance peut en décider autrement si l'assuré a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

L'assuré a la faculté de demander la mise en œuvre de cette procédure d'arbitrage par lettre recommandée avec accusé de réception. Le délai de recours contentieux est alors suspendu pour toutes les instances juridictionnelles couvertes par la présente garantie d'assurance que l'assuré est susceptible d'engager en demande jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

Si l'assuré engage ou poursuit à ses frais, contre l'avis de l'assureur, la procédure et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée, l'assureur l'indemnise – dans la limite de sa garantie – des frais exposés pour l'exercice de cette action (Article L. 127-4 du Code des Assurances).

■ LE PAIEMENT DES INDEMNITES

L'assureur verse à l'assuré les indemnités obtenues à son profit, soit amiablement soit judiciairement, dans le délai maximum d'un mois à compter du jour où il les a lui-même reçues.

■ LA SUBROGATION

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré à l'encontre de la partie adverse pour la récupération des sommes qu'il a engagées.

Toutefois, les sommes obtenues en remboursement des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficient par priorité à l'assuré pour les dépenses restées à sa charge et qu'il justifie.

Subsidairement, elles reviennent à l'assureur dans la limite des montants qu'il a engagés.

■ LA PRESCRIPTION

Toute action relative à l'application du présent contrat d'assurance se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément aux Articles L114-1, L114-2 et L 114-3 du Code des Assurances.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption : toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée, toute reconnaissance par l'assureur du droit à vous garantir ou toute reconnaissance de dette de votre part envers l'assureur. Elle est également interrompue par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre, par l'envoi par l'assureur d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par l'envoi par l'assuré d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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'évènement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, 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 par ce dernier.

Article L114-2 du Code des Assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 du Code des Assurances :

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

■ LA PRISE D'EFFET ET LA DUREE DES GARANTIES

Pour les adhésions postérieures au 01/01/19, les garanties prennent effet à compter de la date de signature par l'adhérent du bulletin d'adhésion au contrat complémentaire santé souscrit auprès du souscripteur, sous réserve de l'encaissement de la cotisation d'assurance, et ce pour une durée d'un an.

Pour les adhésions antérieures au 01/01/19, l'adhérent informé de l'évolution de ses garanties par le souscripteur, bénéficie automatiquement des garanties comprises au présent contrat.

Les adhérents sont garantis dès notification de leurs coordonnées à l'assureur.

Les garanties cessent :

- En cas de résiliation ou de suspension du contrat complémentaire santé,
- En cas de résiliation du présent contrat d'assurance par le souscripteur,
- En cas de résiliation des garanties du présent contrat après sinistre.
- En cas de résiliation des garanties du présent contrat après sinistre.
-

■ ADAPTATION DE LA COTISATION ET LIMITES DE GARANTIE

La cotisation, le seuil d'intervention, les plafonds de garantie et le plafond de remboursement des honoraires du mandataire sont indexés chaque année sur l'indice mensuel des prix classification « autres services » publié par l'INSEE sous l'identifiant 001763829. (valeur 08/2018 : 102,73)

La modification est proportionnelle à la variation constatée entre l'indice de souscription et l'indice d'échéance. Pour chaque année civile, il est fait référence à l'indice du mois d'août de l'année précédente.

Si l'indice n'était pas publié dans les 4 mois suivant la publication de l'indice précédent, et à défaut d'accord entre les parties sur un nouvel indice, il serait remplacé par un indice établi dans les plus brefs délais par un expert désigné par le Tribunal de Grande Instance de Paris, à la requête et aux frais de l'assureur.

■ LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

■ A QUI SONT TRANSMISES LES DONNEES PERSONNELLES ?

Les données personnelles sont traitées par l'Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement.

L'assuré trouvera les coordonnées de son Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui lui ont été remis ou mis à sa disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, l'assuré peut consulter le site <https://www.covea.eu>.

Les données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès de votre Délégué à la Protection des Données.

■ POURQUOI AVOIR BESOIN DE TRAITER VOS DONNEES PERSONNELLES ?

1. Les données personnelles de l'assuré sont traitées par son Assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de son contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur

2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et le contrat pour les autres finalités citées hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir ses données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, l'Assureur peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, inscrire l'assuré sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser ses coûts et protéger sa solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable lui sera notifiée.

■ QUELLE PROTECTION PARTICULIERE POUR LES DONNEES DE SANTE ?

L'assureur et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à la santé de l'assuré aux fins de conclusion et gestion de son contrat et/ou l'instruction et la gestion de son sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Les données de santé de l'assuré sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas les données de santé de l'assuré ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention du consentement de l'assuré. Pour garantir la confidentialité de ses données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

L'assuré a la possibilité de ne pas donner son consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de son consentement, l'assureur ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de son contrat ou l'instruction et la gestion de son sinistre seront impossibles. L'assuré peut exercer son droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- protection des données personnelles - MMA -14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon
72030 Le Mans Cedex 9
- protectiondesdonnees@groupe-mma.fr

Dans le cadre de sa complémentaire de santé, la base légale du traitement des données de santé de l'assuré est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, l'assureur n'exerce pas de sélection de risques à partir des données de santé de l'assuré.

■ PENDANT COMBIEN DE TEMPS LES DONNEES PERSONNELLES SONT-ELLES CONSERVEES ?

Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé de l'assuré sont conservées pendant 5 ans.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles sont conservées 5 ans.

■ QUELS SONT LES DROITS DONT L'ASSURE DISPOSE ?

L'assuré dispose :

- d'un **droit d'accès**, qui lui permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données le concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement le concernant ;Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de la part de l'Assureur.
- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que l'assuré a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de son utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de son contrat.
- d'un **droit d'opposition**, qui lui permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de l'Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à sa situation particulière, de faire cesser le traitement de ses données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.
- d'un **droit de rectification** : il lui permet de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant.
- d'un **droit d'effacement** : il lui permet d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où ses données ne seraient plus nécessaires au traitement.
- d'un **droit de limitation**, qui lui permet de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il lui est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits.
- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : l'Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat de l'assuré pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, l'assuré peut, demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de son Délégué à la protection des données.

L'assuré peut exercer ses droits par courrier à l'adresse postale « protection des données personnelles - MMA - 14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9 » ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@groupe-mma.fr

A l'appui de sa demande d'exercice des droits, il lui sera demandé de justifier de son identité.

Il pourra s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf si l'assuré a communiqué à l'assureur son numéro de

téléphone afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de COVEA Protection Juridique d'un contrat en vigueur.

Il pourra définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données personnelles après son décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de ses données personnelles, l'assuré a la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

■ LE TRAITEMENT DES DONNEES DE L'ASSURE PAR L'ALFA

Les données de l'assuré font l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs.

Dans ce cadre, les données de l'assuré sont destinées au personnel habilité de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire).

Pour l'exercice de ses droits dans le cadre de ce traitement, l'assuré peut contacter l'ALFA, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

■ COMMENT CONTACTER LE DELEGUE A LA PROTECTION DES DONNEES ?

Pour toute information complémentaire, l'assuré peut contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant à l'adresse suivante électronique : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr, ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

■ DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE DEMARCHAGE OU DE SOUSCRIPTION A DISTANCE

Si la souscription du contrat s'est déroulée dans le cadre du démarchage : 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' accusé de réception pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat conformément à l'article L 112-9 du code des assurances.

Si la souscription du contrat est intervenue sans démarchage préalable mais à distance (notamment par téléphone, ou en ligne) : Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer. Ce délai commence à courir à compter de la conclusion du contrat (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations si cette date est postérieure à la première) conformément à l'article L 221-18 du code de la consommation. Pour l'exercice de ce droit, le souscripteur du contrat doit adresser, à l'agent général d'assurance auprès duquel il a souscrit le contrat, une lettre recommandée avec accusé de réception reprenant le modèle suivant : « Madame, Monsieur, Je soussigné déclare renoncer au contrat fait le .../.../..... Date et signature ». Vous serez alors remboursé , sans frais ni pénalité , au plus tard dans les 30 jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu des garanties.

■ CONVENTION DE PREUVE

Quelle que soit l'opération effectuée (exemples : souscription, modification, virement, prélèvement) l'assuré s'engage ainsi que l'assureur à reconnaître comme preuve valide de l'engagement réciproque et de l'identité des parties :

- les courriers électroniques échangés,
- les reproductions d'informations sauvegardées par COVEA Protection Juridique sur des supports informatiques, numériques ou numérisés (y compris journaux de connexion)
- les certificats émis par les autorités compétentes, dans le respect des dispositions légales relatives à la prescription et à la conservation des données.

En cas de désaccord sur ces données, les juridictions compétentes pourront être saisies pour apprécier la portée de l'éventuelle preuve contraire.

■ COURRIER ELECTRONIQUE

L'assuré est seul garant de son adresse électronique : il lui appartient de la vérifier régulièrement et de la mettre à jour aussitôt en cas de modification.

■ LA RECLAMATION : COMMENT RECLAMER ?

En face à face, par téléphone, par courrier ou par mail, en cas de difficultés dans l'application des dispositions du présent contrat l'assuré peut :

- 1) Contacter son interlocuteur de proximité :
- soit son intermédiaire d'assurance,
 - soit son correspondant sur la cause spécifique de son mécontentement (assistance, sinistre, prestation santé).

L'intermédiaire d'assurance transmettra, si nécessaire, une question relevant de compétences particulières, au service chargé, en proximité, de traiter la réclamation sur cette question.

L'interlocuteur est là pour écouter l'assuré et lui apporter une réponse avec, si besoin, l'aide des services COVEA Protection Juridique concernés.

L'assuré recevra un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum.

Il sera tenu informé de l'avancement de l'examen de sa situation, et recevra sauf exception une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de sa réclamation.

- 2) Si son mécontentement persiste, ou si ce premier échange ne lui donne pas satisfaction, il pourra solliciter directement le Service Réclamations Clients :

- par mail à service.reclamations@groupe-mma.fr,
- par courrier simple à **Service Réclamations Clients 14 bd Alexandre et Marie Oyon 72030 LE MANS CEDEX 9**

Le Service Réclamations Clients, après avoir réexaminé tous les éléments de sa demande, fera part à l'assuré de son analyse

La durée cumulée du délai de traitement de la réclamation en proximité et par le Service Réclamations Client, si l'assuré exerce ce recours, n'excèdera pas, sauf circonstances particulières, celle fixée et révisée périodiquement par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

- 3) En cas de désaccord avec cette analyse, ou de non réponse dans les délais impartis, l'assuré a alors la possibilité de solliciter l'avis d'un Médiateur

- par courrier simple à Médiateur AFA - La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 PARIS CEDEX 093,
- ou via le site Médiation de l'assurance (<http://www.mediation-assurance.org>).

Au terme de ce processus d'escalade, l'assuré conserve naturellement l'intégralité de ses droits à agir en justice.

Ces informations sont accessibles sur www.mma.fr (rubrique « mentions légales »), et sur la plate-forme européenne <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.