

la médicale Plus

RESPONSABILITÉ CIVILE
PROFESSIONNELLE
PROTECTION JURIDIQUE
CAPITAL INVALIDITÉ
PROFESSIONNELLE

ÉTUDIANTS - INTERNES

CONDITIONS GÉNÉRALES



La médicale
assure les professionnels de santé

Vos contacts

➔ Pour déclarer un sinistre,

transmettez votre déclaration de sinistre ainsi que les pièces justificatives demandées et envoyez-les à l'adresse suivante :

LA MÉDICALE

Sinistres
TSA 26 666
92894 Nanterre Cedex 9

➔ Pour tous les renseignements

complémentaires sur le sinistre,

contacter du lundi au vendredi, de 9h à 17h30 :

 **N°Cristal 0 969 32 4000**

APPEL NON SURTAXE

➔ Pour toute demande d'assistance protection internet, d'assistance psychologique ou de renseignements par Allô Infos juridiques,

contacter La Médicale Assistance :

0 810 31 01 02 Service & appel gratuits

• Depuis l'étranger :

contacter le + 33 1 40 25 50 31

➔ Pour toute autre question,

par exemple une modification de votre contrat :

• **Joindre en premier lieu** votre Agent Général dont les coordonnées figurent en haut à gauche de vos Conditions particulières,

• **à défaut**, joindre notre Accueil téléphonique au :

 **N°Cristal 0 969 32 4000**

APPEL NON SURTAXE

• **ou écrire à :**

La Médicale de France
3, rue Saint-Vincent-de-Paul
75499 Paris Cedex 10

➔ Pour actualiser votre contrat

Votre Agent Général de La Médicale est à votre disposition pour actualiser votre contrat. Informez-le de tout changement pouvant modifier votre contrat, afin que celui-ci soit toujours adapté à vos besoins.

la médicale Plus

CONDITIONS GÉNÉRALES

Les garanties du présent contrat sont assurées par **La Médicale de France**, S.A. au capital entièrement libéré de 2 783 532 €, régie par le Code des assurances.

Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris.

À compter du 1^{er} juin 2020, le siège social est transféré au 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 Paris.

Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10 – 582 068 698 RCS Paris.

Le contrat Responsabilité civile professionnelle/Protection juridique se compose :

- des présentes Conditions générales qui décrivent l'ensemble des garanties proposées par La Médicale de France,
- des Conditions particulières qui définissent les caractéristiques du risque et les garanties choisies par l'assuré.

Elles sont régies par le Code des assurances.

La Médicale de France met également à la disposition de ses assurés :

- une garantie Protection internet et Assistance psychologique,
- un service d'informations par téléphone.

au

0 810 31 01 02 Service & appel gratuits

Les prestations de la présente convention d'assistance assurées par :

Fragonard Assurances

Entreprise régie par le Code des assurances

S.A. au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris

Siège social : 2, rue Fragonard 75017 Paris.

sont mises en œuvre par :

AWP France SAS (nom commercial : Mondial Assistance)

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny

Société de courtage d'assurances

Inscription ORIAS 07 026 669

Siège social : 7, rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen, ci-après dénommée « MÉDICALE ASSISTANCE ».

Sommaire

LES DÉFINITIONS 6

LE CONTRAT 7

Objet du contrat.....	8
Qui peut être assuré ?.....	8
Période de garantie	8

LES GARANTIES 9

La garantie Responsabilité Civile Professionnelle 10

Ce que nous garantissons.....	10
Période de garantie.....	10
Comment intervenons-nous ?.....	11
Montant de la garantie.....	11
Ce que nous ne garantissons pas.....	11

La garantie Protection juridique 12

Ce que nous garantissons.....	12
Comment intervenons-nous ?.....	12
Montant de la garantie.....	13
Ce que nous ne garantissons pas.....	13

La garantie Reconversion 14

Ce que nous garantissons.....	14
Comment intervenons-nous ?.....	14
Montant de la garantie.....	14
Ce que nous ne garantissons pas.....	14

La garantie des Maladies Professionnelles..... 15

Ce que nous garantissons.....	15
Comment intervenons-nous ?.....	15
Montant de la garantie.....	15
Ce que nous ne garantissons pas.....	15

LES DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES 17

Exclusions générales	18
Territorialité.....	18
Renonciation.....	18
Formalités en cas de sinistre.....	18
Assurances cumulatives.....	18
Protection des données personnelles.....	18
Respect des sanctions internationales	19
Contestation.....	19
Réclamation et médiation.....	19
Prescription.....	20
Archivage.....	20

LA CONVENTION D'ASSISTANCE 21

Les définitions contractuelles..... 22

Les dispositions générales..... 23

Bénéficiaires..... 23

Validité territoriale..... 23

Les évènements garantis..... 23

Protection internet..... 23

Assistance psychologique..... 24

Allô Infos Juridiques..... 24

La responsabilité..... 25

Les exclusions générales..... 25

Les dispositions diverses..... 26

Prescription..... 26

Modalités d'examen des réclamations..... 26

Compétence juridictionnelle..... 26

Protection des données à caractère personnel..... 26

Autorité de contrôle..... 27

Loi applicable - Langue utilisée..... 27

Les définitions

LE DROIT DU CONTRAT

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Sont notamment considérées comme accidents les lésions corporelles consécutives à l'absorption d'une substance vénéneuse ou corrosive, à l'inhalation de gaz ou de vapeurs, à la piraterie aérienne, aux détournements d'avions, aux tentatives de sauvetage de biens ou de personnes, aux agressions, aux prises d'otages, aux hold-up et aux attentats contre la personne assurée.

Chronicité : persistance de séquelles après stabilisation de la maladie.

Consolidation : stabilisation d'une blessure laissant subsister, le cas échéant, des séquelles.

Contamination d'origine professionnelle : contamination survenue sur le lieu de travail ou d'études (cabinet, faculté, internat) et résultant d'un accident potentiellement générateur de l'infection (blessure, piqûre, etc.).

Garantie subséquente : conformément à la législation en vigueur, maintien de la garantie après la cessation du contrat dès lors que la réclamation concerne des faits survenus pendant que le contrat était en vigueur (Responsabilité Civile Professionnelle).

Invalidité professionnelle permanente : état de l'assuré dès chronicité d'une maladie ou consolidation de blessures consécutives à un accident.

Maladie : toute altération de santé constatée par une autorité médicale. Sont considérées comme des maladies sauf si elles sont consécutives à un accident garanti : les intoxications alimentaires, hernies, lumbagos, ruptures musculaires, douleurs lombaires, sciatiques, rhumatismes, insulations et congestions.

Maladie de longue durée : maladie classée comme telle par la Sécurité sociale.

Prestation : ensemble des indemnités qui sont versées à l'assuré en cas de réalisation d'un événement garanti.

Réclamation : toute demande amiable ou contentieuse formulée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, à l'encontre de l'assuré ou de son assureur.

Sinistre : réalisation de l'événement susceptible de faire jouer les garanties.

Taux d'invalidité : pourcentage entre zéro et cent qui mesure les séquelles d'une maladie ou d'un accident.

LES PERSONNES

Assuré : l'étudiant, l'interne bénéficiant des clauses du présent contrat.

Nous : LA MÉDICALE DE FRANCE.

Tiers : toute personne autre que l'assuré, son conjoint, ses descendants.

Vous : l'assuré.

LE CONTEXTE JURIDIQUE

Responsabilité civile : situation qui oblige l'auteur d'un dommage à le réparer en vertu de dispositions légales données. Elle suppose la réunion de trois éléments : un fait générateur, un dommage et un lien de cause à effet entre l'un et l'autre. La réparation s'effectue en général par le versement de dommages et intérêts à la victime.

Responsabilité pénale : situation qui expose l'auteur d'une infraction à une sanction pénale, même s'il ne résulte de celle-ci aucun dommage.

Responsabilité administrative : responsabilité encourue par la puissance publique à l'occasion d'une activité de service public. Elle est soumise à l'appréciation des juridictions administratives et oblige l'état à réparer le dommage causé par ses agents.

Protection juridique : prestation au titre de laquelle nous prenons en charge, dans les limites contractuelles, la gestion des litiges opposant l'assuré à un tiers. Cette prestation s'entend pour les différends et les litiges qui se situent hors le champ de la responsabilité professionnelle.



Le contrat

Objet du contrat — **8**

Qui peut être assuré ? — **8**

Période de garantie — **8**

Le contrat

OBJET DU CONTRAT

La médicale Plus est un contrat qui réunit les garanties suivantes : la Responsabilité Civile Professionnelle, la Protection Juridique ainsi que des garanties Prévoyance. Ces dernières couvrent la reconversion professionnelle et la maladie professionnelle.

Les internes bénéficient en plus des prestations décrites dans la convention d'assistance figurant page 21, à savoir :

- Protection internet
- Assistance psychologique
- Allô Infos Juridiques.

Aucune des garanties ne peut être souscrite séparément.

QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Le bénéfice des garanties prévues au présent contrat est acquis gratuitement aux personnes physiques poursuivant des études médicales ou paramédicales en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane, Mayotte ou en principauté de Monaco et titulaires d'une carte "la médicale Plus" en cours de validité. Ce bénéfice s'entend pour les seuls actes autorisés par les textes en vigueur.

La fin du cursus tel que celui-ci est défini par les textes en vigueur met automatiquement fin au bénéfice des garanties, ceci même si l'étudiant ou l'interne décide, à ce stade, de ne pas immédiatement passer son diplôme ou soutenir sa thèse, dans un but d'approfondissement de ses connaissances ou pour toutes autres raisons. La garantie est néanmoins acquise lors des prolongations de cursus pour les lauréats ou les étudiants réalisant des études complémentaires tel qu'un DU complémentaire en même temps que la poursuite du cursus de base.

Les garanties de la carte "la médicale Plus" ne s'appliquent pas lors de la période de mise en disponibilité de l'interne en médecine de spécialité.

Toute réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite par vous, de mauvaise foi, de nature à modifier notre appréciation du risque, annule l'assurance, au titre des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

PÉRIODE DE GARANTIE

Les garanties prennent effet pour l'assuré à compter de la date mentionnée sur la carte "la médicale Plus" qui lui a été transmise lors de son adhésion ou du renouvellement de celle-ci.

La période de garantie cesse pour chaque assuré à la date d'expiration mentionnée sur sa carte "la médicale Plus".

Le versement du capital au titre de la Garantie Reconversion met fin aux garanties du présent contrat.



Les garanties

La garantie Responsabilité Civile Professionnelle — **10**

La garantie Protection Juridique — **12**

La garantie Reconversion — **14**

La garantie des Maladies Professionnelles — **15**

La Garantie Responsabilité Civile Professionnelle

La garantie Responsabilité Civile Professionnelle est acquise à partir des déclarations faites par l'assuré lors de la souscription du contrat, portant sur son activité, son statut et leurs éventuelles particularités. Toute modification, même mineure, temporaire ou définitive intervenant à quelque niveau que ce soit, doit systématiquement nous être notifiée. **À défaut et en cas de survenance d'un sinistre hors du cadre défini au contrat, notre garantie Responsabilité Civile Professionnelle et ses extensions ne s'exerceraient pas.**

Les étudiants et internes de toutes disciplines souscripteurs du contrat sont ainsi tenus de nous informer de l'achèvement de leur cursus tel que celui-ci est défini réglementairement, ceci même s'ils décident, à ce stade, de ne pas immédiatement passer leur diplôme ou soutenir leur thèse. Les garanties doivent, en effet, s'adapter aux nouveaux contours de leur responsabilité civile professionnelle.

CE QUE NOUS GARANTISSONS

Nous garantissons l'assuré contre les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile professionnelle dans tous les cas où celle-ci serait recherchée en raison de dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés à autrui du fait d'un acte professionnel pratiqué dans le cadre de l'exercice légal de ses activités. Nous garantissons également, et dans les mêmes conditions, son activité en tant que remplaçant, sous réserve que le remplacement soit légalement autorisé. Cette garantie est également acquise lors des jobs d'été et stages pratiqués dans le cadre des activités médicales ou paramédicales de l'assuré se déroulant avant la fin du cursus, y compris sur le trajet domicile-lieu du stage et retour.

Cette garantie est acquise à titre individuel.

Défense de l'assuré : nous prenons en charge la défense de l'assuré devant toutes les juridictions où sa responsabilité pourrait être recherchée.

Lorsque l'action en justice est introduite :

→ devant les juridictions civiles ou administratives :

- nous dirigeons la procédure et décidons des voies de recours. Nous seuls pouvons transiger avec les victimes ;

→ devant les juridictions pénales :

- en ce qui concerne l'action civile, comme devant les juridictions civiles, nous dirigeons la procédure, décidons des voies de recours et éventuellement, transigeons avec les victimes ;
- en ce qui concerne l'action publique, nous prenons en charge les frais de défense de l'assuré. La sanction éventuelle prononcée contre l'assuré (amende, emprisonnement avec ou sans sursis) reste légalement inassurable.

Notre garantie comprend la responsabilité propre de l'assuré, salarié du secteur public, qui peut être engagée en cas de faute personnelle, détachable du service.

PÉRIODE DE GARANTIE

→ La garantie en base "Réclamation"

Le contrat garantit les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait dommageable est survenu dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation.

Nous ne couvrons pas l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres, s'il est établi qu'il avait connaissance du fait dommageable à la date de la souscription de la garantie.

→ La garantie subséquente

Cas général

Le contrat garantit également les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai de cinq ans à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat et dans le cadre des activités garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

Cessation d'activité ou décès

Le présent contrat garantit également les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai de dix ans à partir de la date de résiliation ou d'expiration de tout ou partie des garanties du présent contrat pour cause de cessation d'activité ou de décès de l'assuré, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat ou antérieurement à cette période dans le cadre des activités de l'assuré garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

Cependant, cette garantie ne couvre pas les sinistres dont la première réclamation est postérieure à une éventuelle reprise d'activité.

Assurances cumulatives

Si un sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie du présent contrat et celle d'un autre contrat précédant ou succédant à celui-ci, il sera couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation, sans qu'il soit fait application des dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article L.121-4 du Code des assurances.

COMMENT INTERVENONS-NOUS ?

➔ Déclaration du sinistre

L'assuré doit nous déclarer le sinistre dans un délai maximum de 5 jours ouvrés après en avoir eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure. Ce délai court, au plus tard, à compter du jour où l'assuré a été saisi d'une réclamation, quelle qu'en soit la forme.

La déclaration est faite par écrit.

Il y est stipulé :

- la date et les circonstances du sinistre ; ses causes, connues ou présumées, sa nature,
- les nom, prénom, date de naissance et adresse des parties lésées,
- si possible, les coordonnées des éventuels témoins.

L'assuré doit en outre communiquer une relation détaillée des soins donnés au patient et des critiques formulées. **Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction conclue sans notre accord écrit ne nous est opposable.**

Ne sont pas considérés comme une reconnaissance de responsabilité, l'aveu d'un fait matériel et le fait d'avoir procuré à la victime un secours en lui portant assistance si elle était en danger.

Les pièces à transmettre : l'assuré doit nous transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extra-judiciaires et pièces de procédure ainsi que les pièces du dossier médical qui lui seraient adressés.

En cas d'expertise : sauf accord amiable entre les parties, un expert est nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance. En cas d'expertise, l'assuré doit apporter son concours pour sa défense et participer aux opérations d'expertise.

MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie s'exerce à concurrence de 15 000 000 € par année d'assurance avec une limitation à 8 000 000 € pour la réparation des dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.

Pour les dommages matériels et immatériels consécutifs, la garantie s'exerce à concurrence d' 1 000 000 € par sinistre, hors animaux, et de 300 000 € par sinistre pour les animaux. Concernant la garantie subséquente, notre prestation se limite, par année d'assurance, à 15 000 000 €.

Pour le cursus vétérinaire, dans le cadre de soins prodigués aux chevaux, cette garantie est accordée avec une limite d'engagement de 20 000 € par animal.

Remarque : Les animaux sont juridiquement considérés comme des biens matériels.

CE QUE NOUS NE GARANTISSONS PAS

Outre les exclusions générales mentionnées en page 18, ne sont pas garantis :

- les dommages occasionnés après l'issue du cursus tel que celui-ci est réglementairement défini, même si, à ce stade, l'assuré n'a pas encore soutenu sa thèse ou passé son diplôme ;
- les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de la souscription : non reprise du passé connu. Le fait dommageable est constitué par tout acte individuel de prévention, de diagnostic ou de soins ayant entraîné, à la connaissance de l'assuré, une réclamation ou des conséquences dommageables. Est inclus dans cette définition, le fait dommageable en raison d'un défaut d'un produit de santé conformément à l'article L.1142-1-1 du Code de la santé publique ;
- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ;
- les dommages résultant d'actes effectués par l'assuré et toute personne ne possédant pas les diplômes, titres ou la qualification légalement nécessaires à l'exercice de la profession ou de l'activité ;
- les dommages résultant d'actes professionnels légalement prohibés ;
- les dommages occasionnés du fait de la collecte, du conditionnement et de la distribution de produits sanguins ou de tous produits dérivés de ceux-ci par les établissements de transfusion sanguine et par tous les personnels qui sont rattachés à ces établissements à quelque titre que ce soit ;
- les dommages subis par l'assuré, son conjoint, ses ascendants et ses descendants ;
- les dommages subis par les établissements dans lesquels l'assuré exerce et par les personnes travaillant dans ces établissements ;
- les dommages causés aux biens dont l'assuré, son conjoint, ses ascendants, ses descendants et autres personnes vivant sous son toit, ont la propriété, la garde ou l'usage ;
- les dommages résultant de la pratique d'accouchements à domicile, sauf situation d'urgence ;
- les dommages causés par tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'assurance automobile obligatoire qui appartient à l'assuré (ce bien fait l'objet d'un contrat spécifique) ;
- les dommages occasionnés aux chevaux participant à des épreuves officielles des sociétés de course.

La garantie Protection Juridique

CE QUE NOUS GARANTISSONS

La garantie Protection Juridique permet de faire face aux litiges que l'assuré est susceptible de rencontrer au cours de sa vie privée et de sa vie professionnelle dans l'hypothèse où le litige ne relève pas de la Garantie Responsabilité Civile Professionnelle ni d'une garantie Responsabilité Civile Vie Privée.

Après avoir pris connaissance des difficultés rencontrées par l'assuré, nous fournissons les moyens d'organiser sa défense.

Si nécessaire, nous faisons représenter l'assuré lorsque ce dernier est cité en justice ou devant une commission administrative ou professionnelle.

Chaque fois qu'il existe un préjudice susceptible de donner lieu à réparation de la part d'un tiers, nous exerçons un recours à l'amiable ou, à défaut devant les tribunaux, dans la limite du barème ci-après, les montants étant majorés de 2 % chaque année à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les honoraires de l'avocat sont déterminés entre ce dernier et son client, « l'assuré ». La Médicale de France les prenant en charge dans la limite du barème ci-dessous, le solde reste à la charge de l'assuré ainsi que les éventuels honoraires de résultat.

L'assuré fait appel à l'avocat de son choix. Il peut également nous demander de lui en désigner un (une déclaration tardive pouvant empêcher La Médicale de trouver un avocat dans les délais impartis). S'il opte pour un avocat personnel, il doit :

- nous en communiquer par écrit le nom et l'adresse ;
- faire l'avance des frais et honoraires que nous rembourserons dans la limite des montants indiqués ci-après.

Nature de la procédure	Montant
Référé	
Requête judiciaire (quel que soit le tribunal saisi)	1 031 €
Transaction avec protocole d'accord	1 233 €
Recours gracieux	
Recours hiérarchique SARVI	1 233 €
Assistance à médiation amiable par avocat	530 €
Assistance à médiation judiciaire	
Composition pénale par avocat	530 €
Commission Administrative CIVI	1 233 €
Commission de Conciliation CCI	1 233 €
Tribunal Arbitral	1 233 €
Tribunal de Commerce	1 834 €
Tribunal Instance	1 313 €
Tribunal de Police	1 313 €
Tribunal de Grande Instance	1 974 €
Juge de l'Exécution	1 061 €
Rectification d'erreur matérielle	849 €
Tribunal Correctionnel	
Cour d'Assises	1 974 €
Renvoi sur Intérêts Civils	
Comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité	849 €
Pôle social TGI	1 974 €
Prud'hommes (Conciliation)	740 €
Prud'hommes (Jugement)	1 503 €
Prud'hommes (Départition)	849 €
Tribunal Administratif	1 974 €
Cour d'Appel	1 974 €
Cour de Cassation	3 977 €

Nature de la procédure	Montant
Conseil d'Etat	3 977 €
Expertise judiciaire	3 977 €
Expertise amiable	424 €
Assistance à expertise judiciaire par avocat/ Mesure d'instruction/ audition devant OPJ	772 €
Conseil départemental de l'ordre	1 313 €
Conseil régional de l'ordre	1 974 €
Conseil national de l'ordre	3 977 €

COMMENT INTERVENONS-NOUS ?

Il faut entendre par « litige », la connaissance par l'assuré d'un événement préjudiciable susceptible de donner lieu à une réclamation ou des poursuites.

L'assuré doit informer La Médicale de France de la survenance de tout événement susceptible de faire jouer la garantie.

La déclaration doit nous être faite par écrit, et être accompagnée de toutes les pièces se rapportant au sinistre et de tous les éléments de preuve nécessaires à la conduite du dossier. L'assuré doit également nous transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui lui sont adressés, remis ou signifiés.

Par ailleurs, afin de nous permettre de donner un avis sur l'opportunité de transiger ou d'engager une instance judiciaire, l'assuré doit :

- nous déclarer le litige avant de confier ses intérêts à un avocat ;
- nous informer de l'état d'avancement de la procédure.

À défaut, La Médicale de France se voit déchargée de toute obligation quant à la période précédant la déclaration de l'assuré. De même, l'assuré est entièrement déchu de tout droit à la garantie au titre du litige lorsqu'il fait de mauvaise foi des déclarations inexactes sur les faits, les événements ou la situation à l'origine du litige considéré, ou plus généralement sur tout document pouvant servir à sa résolution.

En ce qui concerne l'issue de la procédure, la garantie Protection Juridique ne couvre pas l'assuré s'il est condamné au paiement :

- des dépens, amendes et sommes dues au titre des articles 699 et 700 du Code de procédure civile, de l'article 475-1 du Code de procédure pénale et de l'article L.761-1 du Code de justice administrative ;
- des dommages et intérêts (capital et intérêts) relatifs aux réclamations ou condamnations.

Par ailleurs, si la partie adverse est condamnée au versement d'une somme au titre des articles 699 et 700 du Code de procédure civile, de l'article 475-1 du Code de procédure pénale et de l'article L.761-1 du Code de justice administrative, le montant en revient par priorité à l'assuré pour les dépenses restées à sa charge et subsidiairement à l'assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

→ En cas de litige entre l'assuré et nous

Un désaccord peut survenir entre nous pour le règlement d'un différend. Dans ce cas, il est possible de soumettre cette difficulté à l'arbitrage d'une tierce personne désignée d'un commun accord entre les parties, ou à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés peut en décider autrement, s'il estime que l'assuré met en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si l'assuré a engagé à ses frais une procédure de contentieux et obtenu une solution plus favorable que celle que nous proposons ou celle retenue par la tierce personne désignée ci-dessus, nous l'indemnisons alors des frais exposés pour cette action dans les limites du montant de la garantie.

MONTANT DE LA GARANTIE

Seuls sont pris en charge les frais sur lesquels nous donnons notre accord préalable. Nous prenons en charge l'intervention des experts et des auxiliaires de justice à concurrence de 15 000 euros par sinistre.

Toutefois, notre garantie n'entre en jeu que pour les litiges d'un intérêt supérieur à 300 euros.

Nous n'intervenons que pour au plus deux sinistres déclarés au cours de la même année civile.

CE QUE NOUS NE GARANTISSONS PAS

Outre les exclusions mentionnées en page 18 ne sont pas garantis :

- les litiges survenus après la fin des études médicales ou paramédicales telles que celles-ci sont réglementairement définies, même si, à ce stade, l'assuré n'a pas encore soutenu sa thèse ou passé son diplôme ;
- les litiges dont l'origine est antérieure à la souscription au contrat, à moins qu'il prouve qu'il était dans l'impossibilité d'en avoir connaissance à cette date ;
- les litiges dont la survenance est postérieure à la résiliation du contrat ;
- les frais antérieurs à la déclaration de litige, conformément à l'article L.127-2-2 du Code des assurances, sauf si l'assuré justifie d'une urgence à les avoir exposés ;
- les litiges survenus plus de 2 ans avant la déclaration de litige conformément à l'article L.114-1 Code des assurances ;
- les litiges dont la valeur, en principal, est inférieur à 300 € ;
- les litiges découlant d' conflits relatifs à l'état des personnes (Livre 1^{er} du Code civil), aux successions et aux libéralités (Livre 3^e, titres I et II du Code civil), au contrat de mariage et aux régimes matrimoniaux (Livre 3^e titre V du Code civil) ;
- les litiges liés aux accidents de la circulation lorsque l'assuré se trouve au moment du sinistre, dans un véhicule dont il est propriétaire ou gardien ;
- les litiges découlant d'opérations de construction et tous travaux de nature immobilière, tels que restauration ou réhabilitation intérieure ou extérieure à l'exception des travaux d'embellissement (dès lors que les travaux d'embellissement sont les seuls concernés par le litige) ;
- les litiges devant être pris en charge par un contrat d'assurance spécifique ;
- les litiges relevant d'un exercice professionnel légalement prohibée ;
- les litiges découlant de créances impayées (par exemple : honoraires, rétrocession d'honoraires, prêts entre particuliers avec ou sans reconnaissance de dette, chèque impayé sans tentative d'escroquerie suite à la vente d'un bien, loyers) ;
- les litiges liés à une activité syndicale ou associative (en tant que dirigeant ou non) ;
- les frais de bornage amiables ou judiciaires ;
- les frais d'établissement d'un état des lieux (y compris par huissier) ;
- les simples consultations d'avocats ;
- les frais de dépose par un garagiste ;
- tout recours contre une réglementation européenne ou une loi, et toute contestation de la légalité d'un acte administratif réglementaire ou individuel (décret, ordonnance, arrêté, circulaire) ;
- toute procédure devant le Conseil Constitutionnel, la Cour de Justice de l'Union Européenne ou la Cour Européenne des Droits de l'Homme ;
- tout litige juridiquement insoutenable ;
- les litiges relatifs à l'atteinte à l'e-réputation ou à l'usurpation d'identité via et sur internet sauf si ces derniers font l'objet d'un refus de garantie de notre partenaire gérant cette garantie tel que décrit dans la convention d'assistance page 21.

La garantie Reconversion

CE QUE NOUS GARANTISSONS

La garantie Reconversion garantit à l'assuré le versement d'un capital en cas d'invalidité professionnelle permanente d'un taux au moins égal à 66 % non révisable, qui l'empêcherait de poursuivre définitivement ses études ou qui l'empêcherait ultérieurement d'exercer la profession médicale ou paramédicale à laquelle il se destinait et, en conséquence, l'amènerait à abandonner ses études.

COMMENT INTERVENONS-NOUS ?

➔ Versement du capital

Après acceptation de notre Comité Médical, dès consolidation de l'accident ou de la maladie, et au plus tôt après un délai d'un an postérieur à la date de survenance, nous versons à l'assuré un capital garanti sur présentation des pièces suivantes :

- un certificat médical établi par le médecin ;
- une déclaration précisant selon le cas :
 - la date du début de la maladie et sa nature ou,
 - le lieu et la date de l'accident, ses circonstances, la nature et la localisation des blessures et lésions et leurs conséquences prévisibles, et si possible, les coordonnées des éventuels témoins.
- toute autre pièce que l'assureur jugerait utile pour la détermination des droits de l'assuré.

➔ Non cumul des prestations

La garantie Reconversion ne peut pas intervenir plus d'une fois pour le même assuré ni pour les suites et conséquences d'une maladie ayant déjà donné lieu au versement du capital garanti au titre de la garantie Maladie Professionnelle.

➔ Évaluation du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est apprécié de 0 % à 100 % par expertise médicale, en tenant compte de la répercussion réelle de l'accident sur l'activité professionnelle que l'assuré devait exercer ultérieurement, d'après le taux et la nature de son incapacité par rapport à cette profession, en tenant compte de la façon dont elle aurait dû être exercée s'il n'avait pas été amené à abandonner ses études. En cas de désaccord, il sera procédé à l'évaluation par arbitrage d'un tiers expert.

- La perte d'un membre ou organe déjà atteint d'invalidité totale ne donne lieu à aucune indemnisation.
- Si l'accident ou la maladie affecte un membre ou organe déjà lésé, le taux sera évalué par différence entre les taux d'invalidité après et avant l'accident ou la maladie.
- Si les conséquences de l'accident ou de la maladie sont aggravées par un état de santé déficient indépendant de l'accident ou de la maladie, le taux d'invalidité sera évalué, non sur les suites effectives de l'accident ou de la maladie, mais sur celles qu'il ou elle aurait eues sur une personne en bonne santé.
- Le taux d'invalidité sera évalué à 100 %, systématiquement dans les cas suivants :
 - aliénation totale incurable ;
 - épilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois) ;
 - perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux ;
 - perte totale d'un œil ;
 - surdité totale des deux oreilles (non appareillable) ;
 - hémiplégie organique complète ;
 - désarticulation ou ankylose totale de l'épaule ;
 - ankylose du coude en position défavorable (150°-180°) ;
 - paralysie complète du plexus brachial, du médian et du bras, du radial au-dessus du triceps ;

- amputation du bras, de l'avant-bras ou du poignet ;
- perte de la main ;
- perte du pouce ou de sa phalange terminale ;
- perte de l'index ;
- perte complète de l'usage des deux jambes ;
- désarticulation ou ankylose de la hanche (en position défavorable) ;
- amputation de la cuisse au tiers moyen ;
- pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe (non appareillable) ;
- perte définitive de la phonation.

L'invalidité interdisant toute activité est assimilée à une invalidité totale.

MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant de la garantie Reconversion est de :

- 10 000 euros pour un assuré étudiant,
- 12 000 euros pour un assuré interne.

CE QUE NOUS NE GARANTISSONS PAS

Les exclusions mentionnées en page 18.

La garantie des Maladies Professionnelles

CE QUE NOUS GARANTISSONS

La garantie des Maladies Professionnelles garantit à l'assuré le versement d'un capital s'il contracte pendant le cours régulier de ses études une maladie professionnelle figurant aux tableaux prévus à l'article R.461-3 du Code de la Sécurité sociale, ou s'il est victime d'une contamination d'origine professionnelle à l'hépatite B ou C (virus VHB ou VHC), au virus HIV ou à la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

COMMENT INTERVENONS-NOUS ?

→ Versement du capital

En cas de maladie professionnelle, nous versons, après acceptation de notre Comité Médical, le capital garanti sur présentation des pièces suivantes, dès consolidation de la maladie :

- un certificat médical établi par le médecin ;
- une déclaration précisant la date du début de la maladie et sa nature.

En cas de contamination d'origine professionnelle, l'assuré doit nous déclarer l'incident suspect dans les 48 heures et subir un premier test de dépistage. Deux autres suivront, au cours du 3^e, puis du 6^e mois. On admet que la contamination est imputable à l'accident lorsque le premier test s'avère négatif et que l'un des deux suivants est positif. Dès lors, nous versons le capital garanti.

- toute autre pièce que l'assureur jugerait utile pour la détermination des droits de l'assuré.

→ Non cumul des prestations

La garantie des Maladies Professionnelles ne peut pas intervenir plus d'une fois pour le même assuré, ni se cumuler au versement du capital au titre de la garantie Reconversion.

LE MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant de la garantie Maladies Professionnelles est de :

- 10 000 euros pour un assuré étudiant,
- 12 000 euros pour un assuré interne.

CE QUE NOUS NE GARANTISSONS PAS

Les exclusions mentionnées en page 18.



Les dispositions communes

- Exclusions générales — **18**
- Territorialité — **18**
- Renonciation — **18**
- Formalités en cas de sinistre — **18**
- Assurances cumulatives — **18**
- Protection des données personnelles — **18**
- Respect des sanctions internationales — **19**
- Contestation — **19**
- Réclamation et médiation — **19**
- Prescription — **20**
- Archivage — **20**

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

- La guerre étrangère, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- la guerre civile, la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, des actions de terrorisme et de sabotage (il nous appartient de faire la preuve que le sinistre est la conséquence de l'un de ces événements) ;
- les tremblements de terre, inondations, éruptions volcaniques, raz-de-marée et autres cataclysmes ;
- les conséquences des dommages occasionnés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou par toute source de rayonnement qui engage la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire ;
- les conséquences des dommages occasionnés par toute sorte de rayonnements ionisants, sauf dans le cadre de l'activité médicale professionnelle, à la condition que les installations répondent à la réglementation en vigueur et soient utilisées selon les règles de l'art.

TERRITORIALITÉ

L'assuré doit être domicilié et poursuivre ses études en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Mayotte, Guyane ou en principauté de Monaco. Toutefois, le contrat peut produire ses effets dans les étendues territoriales suivantes :

En cas de soins, quels qu'ils soient, dans le cadre de stages ou non, prodigués sur les patients :

- dans les pays membres de l'Union Européenne ainsi qu'en Suisse ;
- dans les départements, pays, collectivités et territoires français d'outre-mer (autres que ceux cités précédemment) pour des séjours n'excédant pas un an en une ou plusieurs périodes ;
- dans le monde entier lorsque l'assuré participe à des rapatriements ou des évacuations sanitaires et en cas d'urgence médicale absolue au cours de déplacements privés.

En cas de stages excluant tout acte de soins :

- dans les pays membres de l'Union Européenne ainsi qu'en Suisse ;
- dans les autres pays du monde entier sous réserve que les séjours en dehors de la France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Mayotte et Guyane ne dépassent pas, par année civile, un an en une ou plusieurs périodes.

Modalités particulières pour les garanties Reconversion et Maladies Professionnelles

La reconnaissance d'une invalidité ne peut avoir lieu qu'après le retour de l'assuré sur son lieu de résidence situé en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Mayotte, Guyane ou en principauté de Monaco.

Le paiement des prestations est effectué en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique, à la Réunion, à Mayotte, en Guyane ou en principauté de Monaco.

RENONCIATION

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances :

« 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. »

FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

Pour l'ensemble des garanties, les formalités en cas de sinistre doivent être accomplies auprès de :

La Médicale de France
3, rue Saint-Vincent-de-Paul
Paris Cedex 10

En vertu de l'article L.113-2 du Code des assurances, l'assuré doit, dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, nous adresser une déclaration écrite et les documents complémentaires spécifiés dans le paragraphe « Comment intervenons-nous ? » de la garantie concernée. Sauf cas fortuit ou de force majeure, le retard dans la déclaration du sinistre peut, si celui-ci nous cause un préjudice, entraîner la déchéance de garantie (L.113-2 du Code des assurances).

Le retard dans la transmission des pièces, la non-coopération de l'assuré à sa défense (absence aux expertises judiciaires, non communication d'éléments relatifs au sinistre) ouvrent droit pour l'assureur à réclamation, auprès de l'assuré, d'une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé (L.113-11 du Code des assurances).

Contrôle médical : toute demande d'ouverture de droit à prestations est soumise pour acceptation à notre commission médicale ou à nos experts sous réserve du respect du secret médical.

L'assuré doit permettre en tout temps à nos médecins de procéder à l'examen de son état ou à toutes autres constatations utiles.

Le refus de la part de l'assuré de l'exercice de ce contrôle, sans justification valable, entraînera la déchéance du droit à indemnité.

ASSURANCES CUMULATIVES

Ainsi que le précise l'article L.121-4 du Code des assurances, l'assuré disposant auprès de plusieurs assureurs, de plusieurs contrats, pour un même intérêt et contre le même risque que celui objet du présent contrat doit immédiatement nous donner connaissance des autres assureurs.

Il appartient à l'assuré, lors de cette communication, de nous faire connaître le nom de l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée.

En cas de sinistre, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation ou la prise en charge de son dommage en s'adressant à l'assureur de son choix.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel vous concernant, collectées dans le cadre de la présente souscription et au cours de son exécution, sont communiquées à La Médicale, responsable de traitement.

Ces données font l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes : la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance, l'exécution des prestations d'assistance ainsi que la réponse à nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur. Le traitement de ces données **est obligatoire** pour l'accomplissement des finalités vues ci-dessus.

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données personnelles, vous êtes informé que vos données à caractère personnel seront conservées, proportionnellement aux finalités décrites et pour les durées suivantes :

Dans le cadre de la passation, de l'exécution et de la gestion du contrat : Ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et des durées relatives aux prescriptions applicables ;

- dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : 5 ans à compter de la réalisation de l'opération ou à compter du moment où le responsable de traitement en a connaissance ;
- dans le cadre des obligations de connaissance client et OFAC : selon les durées légales ou réglementaires de prescription applicables ;

Conformément à la réglementation en vigueur, La Médicale peut consulter la liste des Nationaux Spécialement Désignés et Personnes Bloquées du Département du Trésor américain (<http://sdnsearch.ofac.treas.gov>).

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

Vos données sont par ailleurs nécessaires :

Dans le cadre de la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales, et à l'élaboration de statistiques, et peuvent être conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées.

Les destinataires de ces données sont : les co-assureurs et ré-assureurs, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi que la ou les sociétés du Groupe Crédit Agricole, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe, sans possibilité d'opposition de votre part.

Ces données sont également communiquées à nos sous-traitants, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-après.

Par ailleurs, vos données pourront être communiquées aux entités assurances du Groupe, dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client. Vos données pourront également être utilisées à des fins statistiques. Vous pouvez à tout moment vous y opposer selon les modalités précisées ci-après.

Vous autorisez également La Médicale, à communiquer vos coordonnées personnelles à des instituts d'enquêtes ou de sondage, agissant pour le compte exclusif de La Médicale, et des sociétés d'assurance du Groupe, à des fins statistiques, sachant que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vos données sont détruites après traitement. Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact.

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

- **d'accès,**
- **de rectification,**
- **à l'effacement, à l'oubli :** notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement ou à l'oubli lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- **de limitation :** notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;
- **d'opposition** au traitement de vos données, dès lors qu'il ne s'agit pas de données obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- **à la portabilité** qui vous permet de demander le transfert des données à caractères personnelles que vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution du contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers vous, soit vers un responsable de traitement que vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble de vos droits peut être exercé soit par courrier simple à :

La Médicale de France - Délégué à la Protection des Données

3, rue Saint-Vincent-de-Paul - 75499 Paris Cedex 10

ou par courriel à donneespersonnelles@ca-lamedicale.fr.

En cas de désaccord persistant et après épuisement des procédures internes de La Médicale, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

RESPECT DES SANCTIONS INTERNATIONALES

La Médicale, en tant que filiale du Groupe Crédit Agricole, respecte les règles relatives aux Sanctions Internationales définies comme les lois, réglementations, mesures restrictives à caractère obligatoire édictant des sanctions économiques, financières ou commerciales (notamment les sanctions ou mesures relatives à un embargo, un gel des fonds et des ressources économiques, à des restrictions pesant sur les transactions avec des individus ou entités ou portant sur des biens ou des territoires déterminés), émises, administrées ou mises en application par le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations-Unies, l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique (incluant notamment les mesures édictées par le Bureau de Contrôle des Actifs Étrangers, rattaché au Département du Trésor ou OFAC et du Département d'État) ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions.

En conséquence, aucune prestation ne pourra être délivrée, ni aucune indemnité réglée en exécution du contrat d'assurance si ceci contrevient aux dispositions sus-indiquées.

CONTESTATION

En cas de litige sur les causes et conséquences d'un accident ou d'une maladie, l'assuré peut contester la décision après en avoir eu connaissance.

Dans le cas où les parties ne parviendraient pas à un accord, elles s'engagent mutuellement, avant tout recours à une instance judiciaire, à soumettre leur différend à l'avis d'un tiers expert. Les honoraires sont alors supportés de moitié par les deux parties.

Chacune des parties a la possibilité de se faire représenter auprès de ce tiers expert par le médecin de son choix ; elle en supportera alors les honoraires. En cas de désaccord concernant la désignation du tiers expert, celle-ci sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les honoraires du tiers expert seront supportés de moitié par les deux parties.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Traitement interne des réclamations

Pour toute précision ou pour toute réclamation concernant votre contrat, nous vous invitons à vous adresser à votre Agent Général.

En cas d'insatisfaction ou de désaccord, vous pouvez adresser votre dossier à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur Général de La Médicale de France

3, rue Saint-Vincent-de-Paul - 75499 Paris Cedex 10.

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

Une réponse vous sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de votre réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont nous vous tiendrons informé.

Modalités d'accès au Médiateur de l'Assurance

Si le désaccord persiste, même après notre réponse utilisant toutes les voies de recours internes, vous pouvez alors saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

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

OU

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée.

PRESCRIPTION

Toute action découlant du présent contrat est prescrite par deux ans. Ce délai commence à courir à compter du jour de l'évènement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances reproduits ci-dessous.

Article L.114-1 :

« 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 fausse 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

Article L.114-2 :

« 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 ».

Au sens de l'article L.114-2 ci-dessus, les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il se prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- la demande en Justice (articles 2241 à 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

ARCHIVAGE

L'assuré et les assureurs conviennent que les documents (hors données médicales) puissent être archivés numériquement et que ces archives vaudront preuve de leurs engagements.



La convention d'assistance

Les définitions contractuelles — **22**

Les dispositions générales — **23**

Les évènements garantis — **23**

La responsabilité — **25**

Les exclusions générales — **25**

Les dispositions diverses — **26**

Vos contacts

➔ Pour toute demande d'assistance,

contacter La Médicale Assistance :

0 810 31 01 02

Service & appel
gratuits

• Depuis l'étranger :

contacter le + 33 1 40 25 50 31

• Accès sourds et malentendants :

<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

➔ Pour déclarer un sinistre,

veuillez nous indiquer :

- le nom et le numéro du contrat souscrit,
- les nom et prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone auquel le bénéficiaire peut être joint.

Les prestations de la présente convention d'assistance sont assurées par :

Fragonard Assurances

Entreprise régie par le Code des assurances
S.A. au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris
Siège social : 2, rue Fragonard 75017 Paris.

sont mises en œuvre par :

AWP France SAS (nom commercial : Mondial Assistance)

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny
Société de courtage d'assurances
Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>
Siège social : 7, rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen, ci-après dénommée « MÉDICALE ASSISTANCE ».

Les définitions contractuelles

Dans les Conditions générales, les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

Accident corporel : toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Conjoint : conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du bénéficiaire assuré, et vivant habituellement sous son toit.

Domicile : lieu de résidence principale situé en France.

Enfants : enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du bénéficiaire assuré ou de son conjoint, vivant habituellement sous son toit.

France : France métropolitaine ainsi que le(s) territoire(s) DOM/ROM suivant(s) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Saint-Martin (partie française) et Saint-Barthélemy, Mayotte où se situe le Domicile.

Prestataire : prestataire de services, professionnel référencé par Médicale Assistance.

Proche : toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le bénéficiaire.

Les dispositions générales

BÉNÉFICIAIRES

Pour la prestation « Atteinte à l'e-réputation », sont considérés comme bénéficiaires :

- le professionnel personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle/Protection juridique (ci-après, le « bénéficiaire assuré »),
- son Conjoint hors intervention dans le cadre de la « vie professionnelle »,
- ses Enfants hors intervention dans le cadre de la « vie professionnelle ».

Pour la prestation « Accompagnement psychologique », sont considérés comme bénéficiaires :

- la personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle/Protection juridique (ci-après, le « Bénéficiaire assuré »),
- son Conjoint,
- ses Enfants.

VALIDITÉ TERRITORIALE ET DURÉE

→ Validité territoriale

Pour les prestations d'assistance « Protection Internet », le bénéficiaire assuré doit poursuivre des études médicales ou paramédicales en France métropolitaine ainsi que le(s) territoire(s) DOM/ROM suivant(s) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Saint-Martin (partie française) et Saint-Barthélemy, Mayotte où se situe le Domicile.

La prestation d'assistance « Accompagnement psychologique » est acquise uniquement sur le territoire du Domicile du bénéficiaire.

→ Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat Responsabilité Civile Professionnelle/Protection juridique et de l'accord liant La Médicale de France et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

Les événements garantis

Médicale Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice de la Prestation.

PROTECTION INTERNET

Tableau des prestations

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Atteinte à l'e-réputation ou usurpation d'identité via et sur internet		
Prestation technique de nettoyage du web et de gestion de l'e-réputation	4 000 € TTC maximum par événement garanti	Limitée à 2 événements garantis par période annuelle de garantie. Prestation rendue uniquement en cas d'atteinte à l'e-réputation.

Les prestations d'assistance « Protection internet » sont délivrées en cas de survenance d'un des événements suivants :

- usurpation d'identité via et sur internet ;
- atteinte à l'e-réputation.

→ Atteinte à l'e-réputation

Ce que nous garantissons

Toute action de diffamation, injure ou toute atteinte :

- soit à la vie professionnelle du bénéficiaire assuré,
- soit à la vie privée d'un des bénéficiaires,

publiée sur Internet, quel qu'en soit l'auteur.

Les avis ou commentaires non diffamatoires non susceptibles d'être pénalement sanctionnés ne sont pas considérés comme atteintes à l'e-réputation.

→ Usurpation d'identité via et sur internet

Ce que nous garantissons

Usage non autorisé des éléments d'identification ou d'authentification du Bénéficiaire assuré (identifiants, login, mots de passe, adresse IP, adresse e-mail, empreinte digitale, ...) dans le cadre de sa vie professionnelle, par un tiers, entraînant un préjudice pour le bénéficiaire assuré.

Usage non autorisé des éléments d'identification ou d'authentification d'un des bénéficiaires (identifiants, login, mots de passe, adresse IP, adresse e-mail, empreinte digitale, ...) dans le cadre de sa vie privée, par un tiers, entraînant un préjudice pour le Bénéficiaire.

En cas d'usurpation d'identité via et sur internet, le bénéficiaire devra fournir les justificatifs suivants :

- le récépissé d'un dépôt de plainte,
- tout justificatif permettant de mesurer l'étendue du préjudice du bénéficiaire (frais postaux, bancaires, kilométriques, ...),
- lorsque l'usurpation a servi à effectuer une transaction frauduleuse, le bénéficiaire devra également fournir la copie des relevés bancaires faisant apparaître la transaction ou à défaut tout autre document attestant de cette transaction (correspondances informant le Bénéficiaire de la fraude, mise en demeure, sommation d'avoir à payer, ...).

Ce que nous ne garantissons pas

Sont exclues toutes actions de diffamation, injures et/ou toute atteintes qui :

- sont liées aux activités exercées à titre professionnel par le Conjoint ou les Enfants du Bénéficiaire assuré,
- mettent en cause la garantie responsabilité civile du Bénéficiaire lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou devrait l'être en vertu des dispositions législatives ou réglementaires,
- résultent de l'inexécution volontaire par le Bénéficiaire d'une obligation légale ou contractuelle,
- concernent le droit de la propriété intellectuelle ou industrielle en matière de protection des droits d'auteur, dessins, modèles, logiciels, progiciels, marques, brevets, certificats d'utilité, noms, AOC, dénominations sociales,
- résultent d'un mandat électif ou syndical ou de la participation du bénéficiaire à une activité politique ou syndicale et à des conflits collectifs du travail,
- résultent de propos du Bénéficiaire susceptibles d'être pénalement sanctionnés (tels que des propos dénigrants, diffamatoires ou injurieux),
- résultent de l'exercice d'un ministère religieux,
- résultent de la non fourniture aux administrations dans les délais prescrits, de documents à caractère obligatoires,
- sont relatives au recouvrement de créances,
- résultent de faits dolosifs ou intentionnels de la part du Bénéficiaire, caractérisés par la volonté de provoquer un dommage avec la conscience des conséquences de ses actes,
- concernent des situations résultant d'un abonnement à des sites internet à caractère violent, pornographique, discriminatoire ou portant gravement atteinte à la dignité humaine ou la décence.

Prestation technique de nettoyage du web et de gestion de l'e-réputation

En cas d'atteinte à l'e-réputation du bénéficiaire, Médicale Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées au paragraphe « Tableau des prestations » :

Une pré-étude est réalisée par le Prestataire pour déterminer si l'atteinte est éligible à la prestation de nettoyage du web.

Si une action est possible, le Prestataire identifie l'auteur de l'atteinte et met en œuvre une approche graduée de résolution du problème :

- négociation amiable,
- intervention auprès de l'hébergeur, voire du moteur de recherche (site web, réseaux sociaux, etc.),
- enfouissement de l'information incriminée pour la rendre inaccessible,
- désindexation du lien supprimé et suivi des retombées.

Médicale Assistance n'est tenue que par une obligation de moyens. Elle ne peut en aucun cas s'engager sur le résultat de la mise en œuvre de ces garanties.

Le service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9 h à 18 h (fuseau horaire de la France métropolitaine).

La prestation de nettoyage du web et de gestion de l'e-réputation ne peut pas être entreprise lorsque l'atteinte à l'e-réputation fait l'objet d'une procédure engagée auprès des tribunaux compétents ou a fait l'objet d'une décision judiciaire.

ALLÔ INFOS JURIDIQUES

S'appuyant sur des banques de données spécialisées et sur une documentation développée et spécifique, Allô Infos Juridiques met à la disposition de ses assurés un service d'informations par téléphone sur des questions juridiques, fiscales et pratiques dans les domaines suivants :

→ Questions juridiques et fiscales

Vie professionnelle

- **Installation** : formalités à accomplir, études de marché, financement, assurances.
- **Différentes formes juridiques des cabinets libéraux** : société de fait, société civile de moyens, société civile professionnelle, société d'exercice libéral (constitution, statuts, fonctionnement, parts sociales, fiscalité, gérance, exercice en clinique, retrait).
- **Transmission des cabinets.**
- **Droit du travail** : formalités administratives, contrat de travail et son exécution, réglementation, services sociaux du travail, contrôle, contentieux, recours, conventions collectives, licenciement.
- **Fiscalité** : calcul de l'impôt, revenus soumis à l'impôt, charges déductibles et exonérations, impôts locaux, impôt de solidarité sur la fortune, contrôle fiscal et droits du contribuable, réclamations.

Vie privée

- **Droit de la consommation** : organismes de protection du consommateur, garantie et service après-vente, recours, délais de réflexion pour souscrire un contrat ou réaliser un achat.
- **Droit de la famille** : régimes matrimoniaux et union libre, grossesse, naissance, adoption, divorce, pensions alimentaires.
- **Successions** : décès et formalités à accomplir, succession (prévision, fiscalité), notaires.

→ Questions pratiques

- **Dépannages et urgences** : adresses, après-vente, livraison, numéros d'urgence.
- **Automobile** : adresses utiles, contrôle technique, permis de conduire, infractions au Code de la route et sanctions, constat amiable, garantie et recours lors d'un achat, obligations du vendeur lors d'une vente.
- **Voyages et tourisme** : formalités aux frontières, vaccins, devises et cours du change.
- **Démarches administratives** : état civil, papiers d'identité et leur renouvellement, services publics, allocations familiales, impôts, sécurité sociale, inscriptions crèche et école, contrats d'assurance obligatoires (automobile).

ATTENTION

Ces renseignements sont donnés uniquement par téléphone et ne font en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite.

La responsabilité de Allô Infos Juridiques ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura demandés.

Dans tous les cas, Allô Infos Juridiques s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

Enfin, Allô Infos Juridiques n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

COMMENT CONTACTER ALLÔ INFOS JURIDIQUES ?

Sur simple appel téléphonique au :

0 810 31 01 02 Service & appel gratuits

du lundi au vendredi de 9 h à 20 h (horaires de la Métropole)

* prix d'un appel local, le solde étant à la charge de Allô Infos Juridiques.

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Tableau des prestations

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Accompagnement psychologique	3 entretiens par téléphone et/ou remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80 € TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

Ce que nous garantissons

La prestation « Accompagnement Psychologique » est délivrée au Bénéficiaire lorsqu'il est confronté à un événement traumatisant tel que :

- un Accident corporel du Bénéficiaire,
- un décès d'un Proche ou d'un patient du Bénéficiaire,
- la découverte d'une maladie grave affectant le Bénéficiaire ou un de ses Proches,
- toute maladie avérée donnant lieu à un arrêt maladie (y compris burn out, dépression, addiction),
- une agression ou menace d'agression physique ou psychologique.

Prestations

Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues dans le paragraphe « Tableau des prestations ».

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9 h à 18 h (fuseau horaire de France métropolitaine).

Ce que nous ne garantissons pas

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

La responsabilité

Médicale 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 de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, 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.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Médicale Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Médicale Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

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

Les exclusions générales

Outre les exclusions prévues dans les Conditions générales, sont toujours exclus :

- les frais engagés sans l'accord préalable de Médicale Assistance ;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

Les dispositions diverses

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L.114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

• 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. »

• 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. »

• Article L.114-3 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. »

Information commentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

MODALITÉS 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 sur les solutions proposées, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : **AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 - 93488 Saint Ouen Cedex.**)

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 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 2 mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Médicale Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur 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

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Médicale Assistance fait élection de Domicile en son siège social :

7, rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Médicale Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Responsable du traitement des données

Fragonard Assurances est responsable du traitement de données à caractère personnel, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

Données collectées

Les différents types données personnelles sont collectés et traités conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat d'assistance,
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat d'assistance.

Dans ce cadre, les « données personnelles sensibles » pourront être collectées et traitées.

Collecte et traitement de données

Les données personnelles transmises par le bénéficiaire et celles reçues de tiers (comme expliqué plus bas), sont collectées et traitées pour un certain nombre de finalités et sous réserve du consentement exprès du bénéficiaire, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Consentement exprès ?
Administration du contrat d'assistance (ex. : devis, souscription, traitement des réclamations)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre de la souscription du contrat d'assistance, et/ou du traitement de la réclamation, le consentement exprès du bénéficiaire, ne sera pas sollicité.
Gestion du recouvrement des créances	Non
Prévention et détection de la fraude	Non
Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, les données personnelles traitées sont reçues du partenaire commercial de Fragonard Assurances : La Médicale de France.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles il est indiqué que le consentement exprès du bénéficiaire n'est pas requis ou dans les cas où Fragonard Assurances aurait besoin de ces données personnelles dans le cadre de la souscription du contrat d'assurance et/ou de la gestion de sinistre, les données personnelles sont traitées sur la base des intérêts légitimes de Fragonard Assurances et/ou conformément à ses obligations légales.

Les données personnelles du bénéficiaire seront nécessaires pour tout achat de produit et services. Si le bénéficiaire ne souhaite pas fournir ces données, Fragonard Assurances ne sera pas en mesure de garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles d'intéresser le bénéficiaire, ou encore de lui proposer des offres adaptées à ses exigences spécifiques.

Accès aux données

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles du bénéficiaire pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que :

- tiers, responsables du traitement des données : organismes du secteur public, autre société du groupe, autre assureur partenaire du contrat d'assistance, réassureurs ;
- préposés au traitement des données, opérant sous la responsabilité de Fragonard Assurances :
 - autres sociétés du groupe dont AWP France SAS, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, Prestataires, médecins et sociétés de services délégués des opérations d'AWP France SAS (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, les données personnelles du bénéficiaire pourront être partagées dans les cas suivants :

- Dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de l'activité de Fragonard Assurances, de ses actifs ou de ses titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) et,
- dans les cas de mise en conformité à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où le bénéficiaire présenterait une réclamation concernant l'un de produits ou services de Fragonard Assurances.

Transfert des données

Les données personnelles du bénéficiaire pourront être traitées à l'intérieur de l'Espace Economique Européen, sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Droits relatifs aux données personnelles

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, le bénéficiaire a le droit :

- d'accéder à ses données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer son consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de ses données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier ses données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de demander la suppression de ses données personnelles des systèmes de Fragonard Assurances si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de ses données personnelles dans certaines circonstances ;
- de s'opposer au traitement de ses données personnelles par les services d'AWP France SAS, ou de solliciter l'arrêt du traitement desdites données ;
- d'obtenir ses données personnelles au format électronique, pour son usage personnel ou celui de son nouvel assureur ;
- de déposer une plainte auprès de Fragonard Assurances et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

Le Bénéficiaire peut exercer ces droits en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

Durée de conservation des données

Les données personnelles du bénéficiaire sont conservées pour une durée de 5 ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- en cas de sinistre : 5 ans à compter du règlement du sinistre,
- en cas de sinistre avec dommages corporels : 10 ans à compter du sinistre,
- pour toute information sur les réclamations : 5 ans à compter de la réception de la réclamation.
- pour toute information sur le contrat : 5 ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Une durée différente à celles évoquées ci-dessus pourra également être appliquée dans certains cas spécifiques renvoyant au délai de droit commun de prescription civile de 5 ans. Dans ce cas, il devra en être fait état avant l'expiration du délai de 2 ans évoqué.

Les données personnelles ne sont pas conservées plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

Contact

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, le bénéficiaire peut contacter AWP France SAS par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

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



La médicale
assure les professionnels de santé

La Médicale de France - Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital entièrement libéré de 2 783 532 € - Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris. À compter du 1^{er} juin 2020, le siège social est transféré au 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 Paris. Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10 - 582 068 698 RCS Paris.



CGMP 4198 - 06/2019