

# NOTICE D'INFORMATION

## Plan Prévoyance Enseignant

### NOTICE D'INFORMATION VALANT INFORMATIONS CONTRACTUELLES ET PRECONTRACTUELLES



Plan Prévoyance Enseignant est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative Il est conclu entre : ACM VIE SA et ACM IARD SA, ci-après dénommés « assureur » et les Caisses Fédérales du Crédit Mutuel dénommées « souscripteur », agissant pour le compte des sociétaires et des clients des Caisses de Crédit Mutuel Enseignants. La société ACM VIE SA est désignée comme la société interlocutrice chargée d'assurer les relations entre les Adhérents et l'assureur. Toutes les dispositions du contrat collectif peuvent être modifiées par avenant au contrat collectif signé entre le souscripteur et l'assureur, lequel est opposable à l'adhérent qui peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

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

## VOS GARANTIES

### Article 1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre à disposition des Assurés un régime de prévoyance complémentaire à leur régime obligatoire. Plan Prévoyance Enseignant permet de garantir les risques :

- de Décès et/ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, assurés par ACM VIE SA,
- d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et/ou d'Invalidité Permanente, assurés par ACM IARD SA ;
- perte de revenus liée à la cessation ou la réduction de l'activité professionnelle du parent bénéficiaire de l'Allocation Journalière de Présence Parentale, pour s'occuper de son enfant à charge qui a besoin d'une présence soutenue et de soins contraignants à la suite d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident d'une particulière gravité, assurés par ACM IARD SA.

### Article 2. DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'assureur verse les prestations suivantes, sous réserve des exclusions prévues à l'article 19.

#### Article 2.01 - Capital Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur verse le capital qui figure sur la demande d'adhésion :

- en cas de décès de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, survenant avant l'échéance principale suivant son 70e anniversaire ;
- en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenant :
  - avant l'échéance principale suivant la liquidation de la retraite de l'Assuré ;
  - en tous les cas, au plus tard, avant l'échéance principale suivant l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

Le paiement du capital met fin à l'adhésion.

#### Article 2.02 - Bénéficiaire du Capital Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré. Le bénéficiaire du capital est l'Assuré lui-même.

-En cas de décès de l'Assuré. Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). En l'absence de désignation particulière sur le bulletin d'adhésion, il est versé au Conjoint survivant et non séparé de l'Assuré (marié non séparé de corps ou son partenaire lié par un PACS ou son concubin, à défaut, aux enfants nés ou à naître de l'Assuré (vivants ou représentés), à défaut aux ascendants de l'Assuré, à défaut aux héritiers de l'Assuré.

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

#### Désignation des bénéficiaires :

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

L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait que l'acceptation de la désignation de bénéficiaire le prive, sauf accord du bénéficiaire, de ses droits sur le contrat : modification du bénéficiaire, nantissement, etc

#### Article 2.03 - Rente éducation en cas de Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur verse la rente mensuelle qui figure sur la demande d'adhésion à chacun des enfants désignés :

- en cas de décès de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, survenant avant l'échéance principale suivant son 70e anniversaire ;
- en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenant :
  - avant l'échéance principale suivant la liquidation de la retraite de l'Assuré ;
  - en tous les cas, au plus tard, avant l'échéance principale suivant l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

Cette rente sera servie au début de chaque mois civil. Elle sera versée au plus tard, pour chacun des bénéficiaires, jusqu'à l'échéance principale suivant son 25e anniversaire. Le cas échéant, elle cesse au jour du décès du bénéficiaire de la rente s'il est antérieur à son 25e anniversaire. Le premier arrérage est calculé au prorata du nombre de jours entre le lendemain du jour du décès ou du lendemain de la date de reconnaissance de la PTIA et du dernier jour du mois en cours.

### Article 3. CAPITAL DECES SUPPLEMENTAIRE – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE EN CAS D'ACCIDENT

L'assureur verse un capital supplémentaire égal au capital versé au titre de la garantie "DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE" toutes causes :

- en cas de décès à la suite d'un Accident survenu postérieurement à la prise d'effet de la garantie et dans les 12 mois qui suivent l'Accident, et au maximum avant l'échéance principale suivant le 70e anniversaire de l'Assuré ;

- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'un Accident survenu postérieurement à la prise d'effet de la garantie, si le caractère permanent et total est reconnu dans les 12 mois qui suivent l'Accident et, au maximum, avant l'échéance principale qui suit l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

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

### Article 4. INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE

A compter de la prise d'effet de l'adhésion, les garanties s'exercent en cas d'arrêt de travail de l'Assuré ou en cas d'invalidité, par suite de maladie ou d'Accident, après un Délai de carence et un délai de Franchise absolue éventuel.

Aucune prestation n'est versée pendant le Délai de carence prévu par la Sécurité sociale.

La « Garantie Aide à la Famille » s'exerce sans délai de carence ni franchise dans les conditions prévues aux articles 4.05.03 et 15.04.

#### Article 4.01 - Plafonnement des prestations

L'assureur garantit le maintien du revenu de référence (défini ci-après) dans la limite de l'indemnité journalière mentionnée sur la demande d'adhésion et déduction faite du revenu de remplacement (défini ci-après).

• Revenu de référence : il s'agit de la moyenne des salaires ou traitements nets perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail. Les primes, frais de mission et autres avantages financiers imposables faisant partie intégrante de la rémunération entrent dans le calcul du salaire.

• Revenu de remplacement : il s'agit du montant mensuel des revenus perçus pendant la période d'incapacité de travail (rémunérations, traitements ou indemnités versées par l'employeur, indemnités journalières de la Sécurité sociale, prestations versées par des organismes de prévoyance complémentaires obligatoires).

### Article 4.02 -Délai de carence

Le Délai de carence est fixé à :

-0 jour si l'arrêt de travail est consécutif à un Accident.

**- 6 mois en cas de dépression nerveuse, Burn-out, anxiété, spasmophilie, bipolarité, fibromyalgies, schizophrénie, pathologies lombaires ou relatives à toutes les parties du rachis. Tout arrêt de travail ou invalidité motivés par l'une de ces affections intervenant dans les 6 premiers mois de l'adhésion, ne seront pas pris en charge même après expiration du Délai. En cas d'arrêt de travail ou d'invalidité motivés par l'une de ces affections intervenant après ce Délai de 6 mois, l'assureur intervient après une franchise de 180 jours pour le paiement de l'indemnité garantie sauf si ces affections ont nécessité une hospitalisation de plus de 15 jours continus en service spécifique de psychiatrie, ou si l'Assuré a été placé par jugement sous tutelle ou curatelle à la suite d'une de ces affections ou si ces affections ont nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'arrêt de travail.**

-3 mois pour tous les autres arrêts de travail.

Ces Délais de carence sont abrogés si la souscription a lieu dans les 6 mois suivant la prise d'effet effective de l'entrée de carrière de l'Assuré dans la fonction publique ou territoriale tel que défini à l'article 7 ou en cas de reprise d'un contrat à la concurrence à hauteur des garanties antérieurement souscrites.

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

### Article 4.03 - Affections survenant pendant le Délai de carence

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

### Article 4.04 - Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'objet de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail est le versement d'indemnités journalières complémentaires aux prestations versées par l'employeur ou la Sécurité sociale au titre des congés maladies statutaires rémunérés de la Fonction Publique. La prestation est servie en cas de diminution de la rémunération annuelle nette consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail. Le montant de la prestation est déterminé selon l'article 4.01.

On entend par Incapacité Temporaire Totale de Travail l'impossibilité absolue, complète et médicalement constatée pour l'Assuré d'exercer toute activité professionnelle, même partiellement, y compris une activité de direction ou de surveillance, par suite de maladie ou Accident. L'assureur verse l'indemnité journalière choisie qui figure sur la demande d'adhésion, sous réserve des dispositions relatives au plafonnement des prestations en cas d'arrêt de travail de l'Assuré par suite de maladie ou d'Accident survenant :

-avant l'échéance principale suivant la liquidation de la retraite de l'Assuré ;

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 2/26

-en tous les cas, au plus tard, avant l'échéance principale suivant l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

Le service des indemnités journalières s'effectue mensuellement à terme échu après expiration de la période de Franchise absolue et du Délai de carence prévu, et ce pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

Si le motif de l'incapacité de travail venait à être modifié par le médecin au cours de l'arrêt de travail, ceci constituerait un nouvel arrêt de travail et donnerait lieu à application de la franchise et des modalités de versement s'y rapportant.

En cas de prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la modification du congé maladie, les indemnités versées par l'assureur doivent être remboursées par l'Assuré à l'assureur.

La cessation du versement des prestations par l'employeur ou la Sécurité sociale au titre des congés maladies statutaires, quelle qu'en soit la cause, entraîne la cessation de l'indemnisation par l'assureur du sinistre.

Par ailleurs, le service des indemnités journalières cesse à l'échéance principale de la survenance du premier des événements suivants :

- la reprise d'activité ;
- la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'Assuré ;
- la liquidation de la retraite ;
- la date de Consolidation ;
- le décès de l'Assuré ;
- en tous les cas, au plus tard à l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

#### **Article 4.05.03 - Garantie Aide à la Famille**

La Garantie Aide à la Famille a pour but de prendre en charge la perte de revenus de l'Assuré contraint de réduire ou cesser son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant à charge qui a besoin d'une présence soutenue et de soins contraignants à la suite d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident d'une particulière gravité, dès lors que l'Assuré bénéficie de l'AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA)). La Garantie Aide à la Famille fait partie intégrante et est indissociable de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail si elle a été souscrite. La Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ne peut pas être souscrite seule.

En cas de mise en œuvre de la Garantie Aide à la Famille, l'assureur prend en charge, le versement de l'indemnité journalière choisie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail qui figure sur la demande d'adhésion dans les conditions suivantes :

- sans application d'un délai de carence ni d'un délai de franchise ;
- avant l'échéance principale suivant la liquidation de la retraite de l'Assuré ;
- en tous les cas, au plus tard, avant l'échéance principale suivant l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

L'indemnisation au titre de la Garantie Aide à la Famille ne peut pas se cumuler avec une autre prestation prévue au titre du présent contrat.

Le versement de l'indemnisation se poursuit tant que l'Assuré bénéficie de l'AJPP, soit pendant une durée maximale de 310 jours sur une période de 3 ans, renouvelable une fois maximum. Cette indemnisation peut être continue ou discontinue.

Le paiement de la prestation au titre de la Garantie Aide à la Famille intervient sous la forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours d'indemnisation au titre de l'AJPP.

L'indemnisation au titre de la Garantie Aide à la Famille ne pourra pas être supérieure à la perte de revenu subie par l'assuré.

La prise en charge cesse de plein droit à la survenance du premier des événements suivants :

- en cas d'interruption du paiement des prestations AJPP ;
- en cas de mise en jeu des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- en cas de liquidation des droits à la pension de retraite ;
- en tous les cas au plus tard à l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

#### **Article 4.05 - Garantie Invalidité Permanente**

On entend par Invalidité Permanente de l'Assuré, la perte définitive d'une part significative ou totale de la capacité d'exercer toute activité rémunérée suite à une atteinte corporelle, par maladie ou par Accident. L'assureur verse une rente, au plus tôt à partir de la fin du délai de franchise et du Délai de carence en cas d'Invalidité Permanente survenant :

- avant l'échéance principale suivant la liquidation de la retraite de l'Assuré ;
- en tous les cas, au plus tard, avant l'échéance principale suivant l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

La garantie Invalidité Permanente intervient en relais de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail : le service de la rente d'invalidité intervient en lieu et place du service d'indemnités journalières. La base de la rente garantie est égale à 365 fois le montant de l'indemnité journalière déterminée selon les modalités prévues aux articles 4.01 à 4.05 du présent contrat. A ce montant sera appliqué un taux de prise en charge ne résultant du barème mentionné à l'article 04.05.01. Le service de la rente intervient à compter de la Consolidation, au plus tôt après un an d'arrêt de travail.

#### **Article 4.05.01 - Détermination du taux de prise en charge**

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

Il résulte de la combinaison des deux éléments suivants :

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

L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée en pourcentage avec un maximum de 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, sur la base du barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun (Barème du « Concours médical » en vigueur), en appliquant la règle de Balthazard.

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

## Taux de prise en charge

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

TIP : Taux d'Incapacité Professionnelle

### Article 4.05.02 - Révision éventuelle du taux d'invalidité

L'invalidité est susceptible d'être révisée par expertise médicale, dans le sens d'une aggravation ou d'une diminution. La rente allouée précédemment sera majorée ou minorée à compter de la date d'échéance principale de l'adhésion suivant la constatation par l'assureur de la modification des taux tels que déterminés à l'article 4.05.01.

### Article 4.05.03 - Paiement de la rente

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

- le décès de l'Assuré ;
- la liquidation de sa retraite ;
- en tous les cas, au plus tard à l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

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

### Article 4.06 - Obligation d'information de la liquidation de la retraite

L'Assuré s'oblige à informer l'assureur de la liquidation de sa retraite pour permettre la modification de ses garanties et la diminution de sa cotisation. Dans le cas contraire, si l'Assuré n'a pas informé l'assureur, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre de la garantie incapacité-invalidité, celle-ci étant devenue sans objet.

### Article 5. ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'appliquent dans le monde entier. Les garanties Incapacité Temporaire

Totale de Travail (y compris Garantie Aide à la Famille) et Invalidité Permanente s'appliquent, en France, dans les pays membres de l'union européenne et du Royaume-Uni pour des séjours professionnels de moins de 6 mois consécutifs, et dans le monde entier pour des voyages non professionnels de moins de 6 mois consécutifs. En cas de survenance d'un sinistre hors de France, c'est la date de la 1ère constatation médicale de l'état de santé en France, qui sert de départ à la garantie. La franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.

## VIE DE VOTRE CONTRAT

### Article 6. VOS DECLARATIONS

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

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

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

**-Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L.113-9 du Code des assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).**

**Si dans le cadre d'un sinistre, l'Adhérent fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les Bénéficiaires qui demanderaient indûment une prestation au titre d'une garantie décès de l'assuré.**

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

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

### Article 7. PERSONNES ASSURABLES ET CONDITIONS D'ADMISSION

Les personnes assurables sont les membres du personnel de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports. Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré à l'adhésion et les cotisations sont fixées en conséquence. A l'adhésion, il fait le choix des garanties et montants retenus, donne son consentement à l'assurance, atteste son état de santé, déclare son activité professionnelle exercée, désigne le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès et autorise le prélèvement automatique de la cotisation lorsque celui-ci est choisi. L'assureur se réserve la faculté de demander d'autres renseignements, et d'accepter l'adhésion aux conditions normales ou à des conditions spéciales, de la différer ou de la refuser.

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 4/26

ACM VIE SA – Société anonyme au capital de 778 371 392 € - 332 377 597 RCS STRASBOURG – N° TVA : FR 60332377597

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX ACM IARD SA - Société anonyme au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG – N° TVA FR87352406748

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

Identifiant REP : FR232229\_03XDNB

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

**L'Assuré doit avoir sa résidence fiscale en France y compris les Départements et Régions d'Outre-Mer.**

#### **Article 7.01 - Cas des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail – Invalidité Permanente**

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail (hors Garantie Aide à la Famille) et Invalidité Permanente ne s'appliquent que si l'Assuré exerce une activité professionnelle effective, sans réduction d'horaire pour raison de santé lors de son adhésion.

#### **Article 8. ADHESION : EFFET, DUREE, RENOUELEMENT ET RESILIATION**

##### **Article 8.01 - Effet de l'adhésion**

Les garanties prennent effet à la date demandée par l'Adhérent sur la demande d'adhésion après acceptation écrite par l'assureur et au plus tôt à cette date. Toutefois, le risque de décès résultant d'Accident est couvert pour une durée maximale de 30 jours à compter de la signature de la demande d'adhésion.

**Les garanties sont acquises après acceptation écrite de l'assureur formalisée par l'envoi d'un certificat de garantie ou de conditions d'acceptation spéciales et sous réserve du paiement de la cotisation.**

##### **Article 8.02 - Durée de l'adhésion**

**L'adhésion est conclue pour une durée d'un an** ; elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année jusqu'à l'âge limite fixé pour chaque garantie, sous réserve du paiement de la cotisation et du maintien de l'Assuré dans le personnel de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports.

##### **Article 8.03 - Faculté de renonciation**

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance. L'article L 112-9 alinéa 1 du Code des assurances énonce notamment :

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

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

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

Dans tous les cas, et quel que soit le mode de commercialisation, l'assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours calendaires révolus.

Afin de renoncer au contrat, il convient de nous adresser, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

*"Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'Adhérent] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur le bulletin d'adhésion] auquel j'avais souscrit le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. [Date] [Signature de l'Adhérent]"* La renonciation entraîne résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

La renonciation entraîne la restitution des cotisations versées sur le compte bancaire indiqué sur la demande d'adhésion, sous déduction des prestations éventuellement réglées par l'assureur. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée.

##### **Article 8.04 - Résiliation de l'adhésion**

L'adhésion est résiliable :

###### **Par l'Adhérent :**

- annuellement à la date anniversaire du contrat, moyennant un préavis d'un mois à adresser à l'assureur annuellement à la date anniversaire du contrat, moyennant un préavis d'un mois à adresser à l'assureur par lettre ou tout autre support durable ; par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ; par acte extrajudiciaire ; lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ; Lorsque l'assureur offre au souscripteur, au jour de la résiliation, la possibilité de conclure des contrats par voie électronique, par le même mode de communication. L'assureur confirme par écrit la réception de la notification.
- En cas de non-acceptation par lui, des nouvelles propositions tarifaires faites par l'assureur.

###### **Par l'assureur :**

- en cas de non-paiement de la cotisation,

de plein droit :

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

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

##### **Article 8.05 - Résiliation en cas de changement de profession**

**L'Assuré a l'obligation d'informer l'assureur lorsque son changement de profession lui fait perdre son statut de personne assurable au sens de l'article 7, à savoir, lorsqu'il n'est plus membre du personnel de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports. L'adhésion est résiliée le jour où l'Assuré en a informé l'assureur. Les garanties cessent d'être dues au plus tard au jour de la résiliation et en cas de survenance d'un sinistre avant ce jour, les dispositions de l'article 9 seront appliquées.**

## Article 8.06 Cessation des garanties

La garantie Décès cesse :

- au décès de l'Assuré ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations (voir article 10) ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent ;
- au plus tard à l'échéance principale suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité permanente, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cessent :

- au décès de l'Assuré ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations (voir article 10) ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent ;
- à l'échéance principale suivant la liquidation de la retraite de l'Assuré, et au plus tard à l'échéance principale suivant l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

La Garantie Aide à la Famille cesse de plein droit à la survenance du premier des événements suivants :

- en cas d'interruption du paiement des prestations AJPP ;
- en cas de mise en jeu des garanties Invalidité Permanente, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- en cas de décès de l'Assuré ;
- en cas de liquidation des droits à la pension de retraite ;
- en tous les cas au plus tard à l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Pour toutes les garanties précitées, les prestations cessent d'être dues avec la cessation de la garantie.

## Article 9. DETERMINATION DU TARIF

Lors de l'adhésion, l'Adhérent devra déclarer sa profession exacte qui déterminera le tarif dont il relève. Toute modification ultérieure de l'activité professionnelle devra être signalée pour permettre le réajustement des cotisations. En cas de décès, d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente, l'assureur se réserve le droit de vérifier la profession de l'Assuré.

**En cas de déclaration inexacte de la profession, si l'Adhérent paie une cotisation supérieure à la cotisation due, l'assureur se limitera au paiement du capital décès, de l'indemnité journalière ou de la rente d'invalidité prévu et modifiera la cotisation pour l'avenir, si nécessaire. Si l'Adhérent paie une cotisation inférieure à la cotisation due, l'assureur appliquera une règle proportionnelle de garanties (la prestation sera divisée par la cotisation due et multipliée par la cotisation payée) et modifiera la cotisation pour l'avenir, si nécessaire.**

## Article 10. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction des garanties choisies, de la profession, de l'Age de l'Assuré et du fractionnement. Le montant de la cotisation varie à chaque Echéance annuelle. Les cotisations sont payables d'avance. Si l'option Revalorisation est souscrite, les cotisations sont indexées chaque année, à l'Echéance annuelle de l'adhésion, conformément aux dispositions de l'article 17.

Lorsque vous optez pour le paiement de votre cotisation par prélèvement, les Conditions Particulières remises lors de la souscription ou de l'avenant valent pré notification des prélèvements effectués aux échéances convenues.

Si l'Adhérent ne règle pas sa cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'intégralité de la prime annuelle devient

immédiatement exigible. Si un fractionnement (semestriel, trimestriel ou mensuel) du paiement de la prime était en place sur son adhésion, il perd le bénéfice de cette facilité de paiement. L'assureur adressera, à son dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, s'il n'a pas réglé entre-temps :

**- une suspension de ses garanties TRENTE JOURS après l'envoi de cette lettre,**

**- la résiliation de son adhésion DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours.**

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

Si les garanties du contrat ont été suspendues, mais qu'il paye avant que l'adhésion ne soit résiliée, la cotisation due, ses garanties reprendront leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

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

## Article 11. REVISION DES COTISATIONS

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

## Article 12. PRESCRIPTION

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

**Délai de prescription :** Aux termes de l'article L 114-1 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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. »

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 6/26

ACM VIE SA – Société anonyme au capital de 778 371 392 € - 332 377 597 RCS STRASBOURG – N° TVA : FR 60332377597

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX ACM IARD SA - Société anonyme au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG – N° TVA FR87352406748

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

Identifiant REP : FR232229\_03XDNB

Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er du Code des assurances, est porté à cinq ans en Alsace-Moselle en matière d'assurance sur la vie. Causes d'interruption de la prescription : Aux termes de l'article L 114-2 du Code des assurances, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

**Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :**

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

**Article 13. ASSISTANCE**

L'Adhérent bénéficie automatiquement de Plan Prévoyance Assistance mise en œuvre par AWP FRANCE SAS. Les modalités pratiques concernant Plan Prévoyance Assistance sont résumées dans la Notice d'Information ci-après. Plan Prévoyance Assistance est indissociable du contrat d'assurance Plan Prévoyance Enseignant, mais prend fin lors de la cessation du contrat d'assurance. Par ailleurs, les modalités pratiques de Plan Prévoyance Assistance, notamment les cotisations, les prestations et les exclusions, peuvent être modifiées en fonction des résultats du protocole d'assistance ou en cas de changement d'assistant.

**EN CAS DE SINISTRE**

**Article 14. OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE**

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

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

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

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

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

**Article 15. REGLEMENT DES PRESTATIONS**

**Article 15.01 - Formalités de déclarations**

Les formulaires de déclaration mentionnés dans la présente notice d'information sont disponibles auprès de l'agence bancaire habituelle. L'Assuré a la possibilité d'utiliser l'enveloppe pré-imprimée et confidentielle disponible auprès de son agence bancaire, préservant ainsi la confidentialité des informations transmises au Service Médical. A défaut, il peut envoyer les documents à l'adresse suivante : Service Médical Sinistres, Assurances de Personnes, 46 rue Jules Méline 53098 LAVAL CEDEX 09 en indiquant « Lettre confidentielle » sur l'enveloppe. Les pièces à transmettre pour la constitution du dossier sont énumérées aux articles 15.02 et 15.03 du présent contrat. L'assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des justificatifs ou questionnaires complémentaires.

**Article 15.02 - Capital Décès-Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes, Capital Décès supplémentaire en cas d'Accident et Rente Education**

•En cas de Décès :

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

•Pour le paiement des rentes :

En plus des justificatifs demandés en cas de décès, le paiement des rentes est subordonné à l'envoi, une fois par an, d'une "attestation de vie" fournie par l'assureur et devant être signée par le bénéficiaire de la rente.

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

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

**Article 15.03 - Incapacité Temporaire Totale de Travail et/ou Invalidité Permanente**

•Délai de déclaration :

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

**Si le retard dans la déclaration nous a causé un préjudice, l'indemnité pourra être réduite à concurrence de ce préjudice, sous réserve de l'application, le cas échéant, des dispositions de droit local pour le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle.**

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

a) à l'ouverture du dossier :

- l'avis initial d'arrêt de travail ;
- un certificat médical établi par le médecin traitant indiquant exactement les causes, le début, la nature, l'évolution de l'affection ou de l'Accident engendrant l'incapacité ainsi que la durée présumée de l'arrêt total de travail ou le caractère permanent de l'incapacité ;
- pour les Salariés, les documents attestant le paiement d'indemnités journalières ou la notification de l'Invalidité Permanente, délivrés par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de protection sociale ;
- pour les agents de la fonction publique, une attestation délivrée par l'employeur afin de justifier l'arrêt de travail.

b) en cours d'indemnisation :

- un avis mensuel de prolongation d'arrêt de travail (pris en compte jusqu'à sa date d'établissement) ;
- pour le Salarié, les documents attestant le paiement d'indemnités journalières. L'Assuré a l'obligation de déclarer à l'assureur la date de reprise de travail partielle ou totale, ainsi que tout changement dans le motif de l'arrêt de travail ;
- pour les agents de la fonction publique, une attestation délivrée par l'employeur afin de justifier l'arrêt de travail.

c)Vérification du montant de l'indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, le montant des indemnités ne peut être supérieur à 1/365e du revenu annuel de l'année précédant l'arrêt de travail. L'assureur se réserve le droit de vérifier cette limite en demandant une copie de l'avis d'imposition (ou de non-imposition) et les justificatifs des versements d'autres prestations.

#### Article 15.04 - En cas de garantie Aide à la Famille

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

- le formulaire de déclaration « Garantie Aide à la Famille » ;
- formulaire de déclaration de perte de revenus ;
- l'attestation d'accord de prise en charge par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) ;
- le décompte mensuel de paiement de la prestation par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) concernant le règlement de l'allocation AJPP : ces décomptes doivent être transmis à chaque renouvellement de la prestation.

#### Article 16. MAINTIEN DES GARANTIES

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

#### Article 17. REVALORISATION

##### Article 17.01 - Revalorisation des prestations

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

##### Article 17.02 - Revalorisation des garanties et des cotisations

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

##### Article 17.03 - Revalorisation du capital en cas de décès

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

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

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

Si en dépit des diligences accomplies par l'assureur, le capital n'a pas pu être versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de réception par l'assureur de l'acte de décès, il sera versé à la Caisse des Dépôts et Consignations.

#### Article 18. ARBITRAGE

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

#### LES EXCLUSIONS DE VOTRE CONTRAT

##### Article 19. Risques exclus

**Sont exclues les conséquences résultant des événements suivants**

**POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES :**

- **risque de guerre, civile ou non, à savoir tout conflit armé ;**
- **modification de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;**
- **participation à des actes de terrorisme ou de sabotage, ou aux événements suivants : grève, émeute, insurrection, rixe, sauf cas de légitime défense et/ou assistance à personne en danger ;**
- **participation à tout acte criminel ou illégal ;**
- **participation à pari, défi ;**
- **maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel de l'Adhérent ou de l'Assuré ou du bénéficiaire ;**
- **suicide ou tentative de suicide dans la première année d'assurance ;**

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 8/26

ACM VIE SA – Société anonyme au capital de 778 371 392 € - 332 377 597 RCS STRASBOURG – N° TVA : FR 60332377597

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX ACM IARD SA - Société anonyme au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG – N° TVA FR87352406748

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

Identifiant REP : FR232229\_03XDNB

- risques aériens spéciaux provenant des compétitions, démonstrations, acrobaties, essais sur prototypes, tentatives de record, sauts avec parachutes non homologués, vol sur aile volante, U.L.M ;
- compétitions sportives avec utilisation d'un véhicule à moteur (en tant que concurrent ou entraîneur) ;
- pratique de sports de combat et arts martiaux dans le cadre de compétitions ;
- périodes militaires ;
- accident ou maladie consécutif à l'exercice des professions : en relation avec la lutte contre l'incendie (sauf pompiers volontaires) et autres catastrophes, la manipulation d'explosifs, la montagne (guide de haute montagne, moniteur de ski) ; la protection des biens et des personnes ; les militaires (sauf gendarmes) ; les cascadeurs ; les forains ; les pilotes de prototype ; les professions du cirque ; les personnes travaillant sur les plates-formes de forages de tous types ;
- Accident ou maladie consécutif à l'exercice d'une profession différente de celle indiquée à l'adhésion ;
- meurtre et tentative de meurtre de l'Assuré par le(s) bénéficiaire(s) ;
- cure ou traitement de rajeunissement et d'amaigrissement ; soins ou traitement esthétiques ; cure de sevrage ; cure thermale ou héliomarine ; cure diététique ;
- la consommation par l'Assuré de plantes, substances, produits ou préparations, classés comme stupéfiants ou psychotropes par arrêté du ministre chargé de la santé ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, sauf en cas de prescription médicale dans le respect du dosage prévu par la prescription ;
- s'il est révélé qu'au moment de l'Accident l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L234-1 du code de la route ;
- ne sont pas considérées comme « Accidents » les pathologies ou prédispositions internes connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une affection cardiovasculaire, une rupture d'anévrisme, une attaque ou une hémorragie cérébrale.
- ne sont pas non plus considérés comme « Accidents » : Les cervicalgies, les cervicarthroses, les névralgies cervico brachiales, les dorsalgies, les lombalgies, les lumbagos, les lombarthroses, les sciatiques, les hernies discales, les discarthroses.

Toute autre définition de l'Accident ou toute classification d'Accident retenue par un autre organisme, et en particulier la Sécurité sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

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

- usage d'une moto de cylindrée supérieure ou égale à 125 cm3 ;
- maladies ou affections, même si elles se manifestent de manière soudaine et imprévisible ;
- affections virales, microbiennes, parasitaires, mycosiques et infectieuses, les affections ou lésions consécutives à une piqûre d'insecte ou à une contamination, même si elles résultent d'un accident garanti ;
- maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou démence sénile ;
- Accident en cas de conduite d'engin à moteur ne nécessitant pas de permis ;
- Accident consécutif à l'exercice des professions : en relation avec les travaux forestiers, la mer ; les sportifs professionnels ; les dockers et arrimeurs ; les intermittents du spectacle.

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

- traitement de la stérilité ;
- Accident ou maladie consécutif à l'exercice des professions : en relation avec les travaux forestiers, la mer ; les sportifs professionnels ; les dockers et arrimeurs ; les intermittents du spectacle.

**INFORMATIONS LEGALES**

**Droit et langue applicables**

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

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

**Mesure de sanctions internationales**

On entend par « Mesures de Sanctions Internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale, tels que la France, l'Union européenne, les Etats Unis d'Amérique, le Royaume-Uni ou l'Organisation des Nations Unies (ONU). Ces Mesures peuvent Nous interdire d'exécuter les obligations résultant du contrat d'assurance. Ces mesures peuvent avoir un caractère impératif ou Nous exposer, nos employés ou les sociétés de notre groupe d'appartenance, à des sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales.

Par voie de conséquence, l'existence de Mesures de Sanctions Internationales entraîne, de plein droit et sans formalité, les effets suivants sur le contrat :

- La couverture du risque en application du contrat d'assurance est suspendue et aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie ;

- Nos obligations d'indemniser / de fournir nos services et prestations en application du contrat d'assurance est suspendue.

Cette suspension s'applique à toute obligation de paiement d'une somme d'argent ou de fournir une prestation, notamment dans le cadre d'un sinistre ou dans le cadre d'un remboursement total ou partiel de prime.

L'exigibilité du paiement de la somme d'argent contractuellement due par l'assureur est reportée jusqu'au jour où lesdites Mesures de Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur, sous réserve de l'application des règles de prescription rappelées au contrat. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

## Autorité de contrôle

L'autorité de contrôle de ACM VIE SA et de ACM IARD SA est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

## Données personnelles

### 1. Le traitement de vos données personnelles

#### 1.1 Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Nous précisons que les données peuvent être recueillies directement auprès de vous ou qu'elles peuvent, s'agissant essentiellement de vos indemnités journalières, émaner de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention.

Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Elles peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance, laquelle recouvre l'exagération frauduleuse du montant des réclamations. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Les déclarations, informations et tous justificatifs présentés en vue de l'acceptation et de l'établissement du contrat, puis à l'appui des demandes de délivrance de services, de règlement de sinistres ou de prestations, peuvent faire l'objet de vérifications. Ces vérifications sont destinées à vérifier la cohérence des déclarations, des circonstances et des conséquences du sinistre ainsi que la réalité, véracité et intégrité des éléments.

Ces vérifications pourront emporter le recours aux autorités, entités ou organismes publics ainsi qu'à tous organismes, tiers ou professionnels de toutes sortes. Les démarches pourront également emporter recours à des huissiers et des agents de recherche privés

L'assureur est susceptible de traiter des données rendues publiques par tous supports.

Le cas échéant, si le contrôle devait porter sur des données de santé, il serait opéré dans le respect du cadre protecteur renforcé propre à ce type de données. Les informations collectées seront conservées jusqu'à la prescription de toutes les actions pouvant être exercées. En cas de fraude avérée, l'assureur peut engager des poursuites pénales et inscrire la personne convaincue de fraude sur une liste l'excluant de toute possibilité de contracter avec l'assureur pendant 5 ans.

#### 1.1 A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, partenaires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat, de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Elles sont également adressées aux autorités et organismes contribuant à la lutte contre ces phénomènes.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration fiscale française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

**1.2 Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?** Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

#### 1.3 Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En l'absence de conclusion de contrat vos données sont conservées pour une durée maximale de 2 ans. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations

personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

## 2. Les droits

### 2.1 Nature des droits

La personne concernée dispose, s'agissant de ses données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de suppression, de limitation et de portabilité. Elle peut en outre s'opposer, dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

### 2.2 Exercice des droits

Pour l'exercice des droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

### 2.3 En cas de difficultés

En cas de difficulté relative au traitement de ses informations personnelles, la personne concernée peut adresser sa réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, elle peut porter sa demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

### Liste d'opposition au démarchage téléphonique

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

### Réclamation

Un dispositif spécifique est mis en place pour garantir un traitement efficace, égal et harmonisé des réclamations. Toutes les personnes envers lesquelles nous sommes tenus d'obligations contractuelles peuvent y recourir : assurés, assurés pour compte ou bénéficiaires, anciens assurés, (...).

•En cas de mécontentement lié à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre ou de vos prestations, vous pouvez consulter votre interlocuteur habituel par téléphone ou en prenant rendez-vous. Si vous n'avez pas obtenu immédiatement entière satisfaction, nous vous invitons à lui adresser votre réclamation par écrit.

•En cas de persistance de votre mécontentement, vous pouvez adresser votre réclamation par courrier au :

### Responsable des relations consommateurs

#### ACM VIE SA et ACM IARD SA

4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 67906 Strasbourg Cedex 9

Nous nous engageons à :

- Accuser réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation écrite, sauf si une réponse a pu vous être apportée dans ce même délai,

- Répondre dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date d'envoi de la première manifestation écrite de votre mécontentement.

### Médiation

En tout état de cause deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance.

Il pourra examiner votre demande uniquement si aucune action judiciaire n'a été engagée. Votre saisine doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite.

Après avoir instruit le dossier avec le concours des parties, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les 3 mois. L'avis ne lie pas les parties Il est possible de saisir la Médiation par voie électronique : La Médiation de l'assurance - Saisir le médiateur (mediation-assurance.org) ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».

### Communication d'information par voie électronique

Vous disposez d'un espace personnel sécurisé sur internet ou sur application mobile fourni par Nous ou par votre intermédiaire d'assurance et y accédez ? En ce cas, pour éviter le papier, nous pourrions Vous adresser via cet espace les informations et les documents relatifs à votre contrat, à sa gestion ou à son exécution, et plus largement toutes nos correspondances. De même, si Vous avez communiqué à votre interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique que Nous avons vérifiée avec Vous, Nous pourrions Vous envoyer ces mêmes communications et documents par courrier électronique.

### Une préférence pour le papier ?

Vous pouvez à tout moment, sans frais, exprimer votre préférence pour une communication sur support papier.

## DEFINITIONS

**Accident** : Toute atteinte corporelle, violente et imprévisible, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute autre définition de l'Accident ou toute classification d'Accident retenue par un autre organisme, et en particulier par la Sécurité sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

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

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

**AJPP** : L'AJPP est une aide financière attribuée par l'Etat, sous conditions, pour les parents qui en font la demande, contraints de cesser ou réduire leur activité professionnelle, pour s'occuper de leur enfant à charge qui a besoin d'une présence soutenue et de soins contraignants à la suite d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident d'une particulière gravité.

**Assuré** : Personne physique désignée sur la demande d'adhésion et le certificat de garantie sur laquelle repose les garanties.

**Assureur** : Les Assurances du Crédit Mutuel ACM VIE SA et ACM IARD SA.

**Conjoint** : Le terme « Conjoint » se réfère indifféremment :

- à la personne mariée à l'Assuré,
- à la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'Assuré,
- au concubin, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'Assuré et vivant sous le même toit que l'Assuré.

**Consolidation** : La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère définitif et permanent de l'incapacité de travail, de l'invalidité ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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

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

**Franchise absolue** : Durée d'Incapacité Temporaire Totale de Travail non indemnisée par l'assureur. Le calcul de la franchise débute le 1er jour d'arrêt de travail. Lorsque l'Assuré justifie de périodes d'Incapacité Temporaire de Travail non consécutives, il peut prétendre à la prise en charge, à condition d'apporter la preuve que l'ensemble des périodes d'incapacité survenues dépassent la franchise. Sont pris en compte les arrêts de travail postérieurs à la prise d'effet du contrat, non indemnisés, intervenus dans l'année précédant le 1er jour du dernier arrêt de travail.

**Incapacité Temporaire Totale de Travail** : l'impossibilité absolue, complète et médicalement constatée pour l'Assuré d'exercer toute activité professionnelle, même partiellement, y compris une activité de direction ou de surveillance.

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

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

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

**Salarié** : Personne exerçant une activité rémunérée auprès d'un employeur. Est assimilé au salarié, le fonctionnaire ou agent de l'Etat ou de collectivité territoriale.

**Souscripteur** : Les Caisses Fédérales du Crédit Mutuel agissant pour le compte des sociétaires et des clients des Caisses de Crédit Mutuel et/ou les banques du CIC agissant pour le compte des clients des Agences du CIC.

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 12/26

# Convention d'Assistance

## PLAN PREVOYANCE ASSISTANCE

### DÉFINITIONS

#### PLAN PREVOYANCE ASSISTANCE

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

#### Accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident. Il est précisé que la survenue brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, etc.) ne peut être assimilée à un Accident.

#### Agrément

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

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

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

#### Bénéficiaire

Personne physique désignée comme « assuré » aux conditions générales du contrat « Plan Prévoyance ». Dans le cadre des « services à la personne » au sens de la loi « Borloo », désigne également toute personne pour le compte de laquelle une prestation est mise en place. Pour que le coût de la prestation de service soit éligible au dispositif fiscal du Plan Borloo concernant les particuliers, le bénéficiaire doit remplir les conditions suivantes : appartenir au foyer fiscal de l'assuré (l'assuré lui-même, conjoint, enfants) ; être un ascendant de l'assuré (parents du souscripteur âgé de 65 (soixante-cinq) ans révolus et vivant sous le toit du souscripteur ; être un descendant de l'assuré (petits-enfants) et bénéficier de la prestation mise en place au domicile de l'assuré.

#### Demandeur

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

#### Domicile

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

#### Etranger

Tout pays du monde entier, à l'exception de la France (métropolitaine et Outre-mer) et à l'exclusion des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies

ainsi que les pays suivants : Afghanistan, Corée du Nord, Irak, Iran, Somalie, Soudan et Syrie.

#### Hospitalisation imprévue

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

#### Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

#### Incapacité de travail

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

#### Maladie

-Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.  
-Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.  
-Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital, à court terme (soit dans un délai d'une (1) semaine).

#### Personnes fragiles

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

#### Perte d'autonomie

Incapacité à accomplir seul au moins 2 (deux) des 4 (quatre) actes suivants : préparer son repas, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer. Mondial Assistance France évalue la perte d'autonomie par téléphone avec le Bénéficiaire et son proche aidé s'il est en mesure de répondre.

#### Prestataire / Intervenant

-Prestataire : organisme de services à la personne (association, entreprise) qui gère des intervenants qui réalisent des prestations de service à la personne.

-Intervenant : personne missionnée par le prestataire pour réaliser la prestation au domicile du Bénéficiaire.

#### Transport

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

#### RISQUES COUVERTS

-Maladie et Accident survenant au Domicile : Hospitalisation imprévue, Incapacité de travail, Perte d'emploi, Difficulté à reprendre la vie professionnelle,

-Perte d'autonomie d'un proche,

-Décès.

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 13/26

ACM VIE SA – Société anonyme au capital de 778 371 392 € - 332 377 597 RCS STRASBOURG – N° TVA : FR 60332377597

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX ACM IARD SA - Société anonyme au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG – N° TVA FR87352406748

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

Identifiant REP : FR232229\_03XDNB

## **VALIDITE DE LA CONVENTION**

### **Validité territoriale**

Le bénéfice des prestations prévues en cas de Maladie et Accident survenant au Domicile ainsi que en cas de perte d'autonomie d'un proche est ouvert uniquement en France métropolitaine, Andorre, Monaco, ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin si le Bénéficiaire y réside, à l'exception de la prestation « Garde des animaux de compagnie » qui n'est pas délivrée à Saint Martin. Dans le cadre des « services à la personne » au sens de la loi « Borloo », les prestations proposées ne sont délivrées que sur le territoire de la France Métropolitaine, Andorre, Monaco, ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside. « Zone urbaine » indique les zones géographiques accessibles par les transports en commun et/ou à proximité des prestataires de services. Pour les résidents d'Outre-Mer, les prestations d'assistance sont mises en œuvre au départ et à l'intérieur du département ou collectivité de leur Domicile. Les prestations « Assistance obsèques » peuvent être accordées :

- en France métropolitaine, Andorre, Monaco, ou
- en Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside, ou
- au cours des déplacements à l'Etranger n'excédant pas 90 (quatre-vingt-dix) jours consécutifs.

### **Durée de validité**

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat « Plan Prévoyance » et de l'accord liant les Assurances du Crédit Mutuel et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

## **ASSISTANCE RETRAITE**

-Champ d'application : Le champ d'application des prestations « Information conseil retraite » et « Prévoir mes revenus » délivrées par Mondial Assistance France ou ses partenaires est limité aux régimes sociaux relevant du droit français. La prestation « Prévoir mes revenus » couvre les régimes sociaux suivants : CNAVTS (Régime dit « général »), ARRCO, AGIRC, Fonction publique de l'Etat (hors militaires), IRCANTEC (Agents non titulaires de l'Etat), CNRA (Agent des collectivités territoriales), Non-Salariés agricoles, Salariés agricoles, R.S.I. (Régime Social des Indépendants), CNAVPL et Régimes complémentaires obligatoires (Professions libérales), CRPCEN (Clercs et employés de notaires), Régime des ministres du culte.

Les périodes d'activités effectuées dans un pays de l'Union européenne ou dans un pays ayant conclu un accord international avec le régime général français pourront être prises en compte dans le calcul de l'estimation de la pension, sous réserve d'être validées par le régime général, à partir des périodes communiquées par le Bénéficiaire.

-Conditions d'applications : **Les prestations d'assistance ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux.**

**Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h à 18h (horaires de France métropolitaine), Mondial Assistance France met à la disposition du Bénéficiaire ses services « Retraite » :**

### **Information conseil retraite**

Mondial Assistance France communique au Bénéficiaire par téléphone uniquement, tous les renseignements qu'il souhaite sur l'univers de la

retraite, ainsi que les références des textes juridiques et réglementaires sur lesquels s'appuient ces renseignements, notamment dans les domaines suivants :

- préparation à la retraite, préretraite, cumul emploi retraite,
- les conditions et modalités de rachat de trimestres, de rachat de cotisations
- les conditions de départ à la retraite,
- les régimes existants, retraite de base, retraite complémentaire ...,
- droits à une pension, calcul de la retraite, pension de réversion,
- système général de retraite, réformes du système de retraite français ...,
- coordonnées des différents organismes à saisir pour la liquidation... ,
- impôts, fiscalité,
- assurances, allocations, retraites, aides sociales aux retraités,
- succession... ,
- loisirs et activités associatives, culturelles ciblées ... ,
- sources d'information spécialisées ...

Le Bénéficiaire peut recourir au service « Information conseil retraite » autant de fois qu'il le souhaite.

### **Calculer ma retraite**

Mondial Assistance France fournit au Bénéficiaire une estimation, en cours de carrière, du niveau de revenu disponible au moment du départ à la retraite à partir des droits déjà acquis et une projection des droits restant à acquérir, et selon plusieurs hypothèses d'âge de départ à la retraite et d'évolution de la rémunération actuelle.

**Les simulations sont réalisées à partir des éléments communiqués par le Bénéficiaire lors de l'entretien téléphonique ou à l'aide du formulaire « Prévoir mes revenus » adressé au Bénéficiaire, détaillant entièrement sa carrière professionnelle, à savoir :**

- son état civil et sa situation familiale (dont enfants à charge),
- sa première activité professionnelle (activité, statut et rémunération annuelle brute),
- les activités exercées,
- les interruptions d'activité,
- les changements de statut,
- l'évolution de la rémunération,
- le cas échéant ses décomptes de points et / ou relevés de carrière au titre des différents régimes.

A l'issue de la simulation, le Bénéficiaire connaît :

- sa date de départ en retraite à taux plein,
- le montant net estimé de la pension versée après le départ en retraite,
- le détail du régime de base,
- le détail du régime complémentaire,
- le taux de remplacement de la pension par rapport au dernier revenu d'activité connu,
- différentes simulations proposées à des dates et/ou âges choisis par le Bénéficiaire.

**Les simulations réalisées n'ont qu'une valeur indicative et sont, à ce titre dépourvues de toute valeur contractuelle.** Le résultat des simulations est transmis au Bénéficiaire sous la forme d'un dossier de synthèse personnalisé reprenant l'ensemble des éléments ci-dessus. Mondial Assistance France conservera les données communiquées par le Bénéficiaire pendant une durée maximum de 3 (trois) mois à compter de la simulation de revenus. « Prévoir mes revenus » est accessible au Bénéficiaire à partir de 50 ans. Si la prestation

**« Prévoir mes revenus » a fait l'objet au préalable de l'envoi d'un formulaire, Mondial Assistance France, s'assure que tous les éléments nécessaires à l'étude lui ont été communiqués et le cas échéant demande un complément d'informations au Bénéficiaire. Sans réponse de ce dernier après deux relances, l'étude sera**

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 14/26

réalisée, si possible, à partir des seules informations disponibles. Dans le cas contraire le dossier sera clos sans autres préavis.

### Construire mon projet de retraite

Mondial Assistance France propose au Bénéficiaire un accompagnement permettant de dresser un bilan de la situation professionnelle et d'identifier un ou des projet(s) de retraite. Cette prestation est ouverte au Bénéficiaire jusqu'à un an au plus après le départ à la retraite.

La prestation se déroule en 4 (quatre) étapes :

#### -Etape 1 : Entretien d'identification

Mondial Assistance France identifie la situation du Bénéficiaire (date du départ en retraite, situation actuelle...) et ses attentes.

#### -Etape 2 : Réalisation du bilan professionnel

Mondial Assistance France adresse au Bénéficiaire un questionnaire afin de dresser un bilan du parcours professionnel, en réalise une synthèse et la communique par courrier au Bénéficiaire.

#### -Etape 3 : Construction du projet de retraite

Deux (2) guides de réflexion sont adressés au Bénéficiaire :

-« Projet de retraite : votre réflexion » qui aborde le thème de son départ de l'entreprise ou la cessation de son activité professionnelle, ses priorités et contraintes en tant que retraité.

-« Projet de retraite : votre élaboration » qui permettra au Bénéficiaire de préciser le projet de retraite et de déterminer les étapes nécessaires.

#### -Etape 4 : Validation du projet de retraite

Mondial Assistance France et le Bénéficiaire valident le projet et son plan d'actions. Le Bénéficiaire reçoit ensuite par courrier la synthèse de son projet de retraite.

**La prestation « Construire mon projet de retraite » est mise en œuvre 1 (une) seule fois et peut s'échelonner sur une période maximale de 6 (six) mois à compter du 1er appel auprès de Mondial Assistance France.**

**Cette prestation n'est pas accessible aux résidents de Saint-Martin.**

### MALADIE ET ACCIDENT SURVENANT AU DOMICILE

#### **En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 3 (trois) jours**

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au Bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du Bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire. Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical détaillé, si l'Hospitalisation doit durer plus de 3 (trois) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

-La présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre, Monaco, ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside, qui vient à son chevet.

-Le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire » dans la limite de **45 € TTC par nuit, avec un maximum de 90 € TTC. Cette prestation n'est accordée**

que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire ».

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

-soit par un professionnel à l'extérieur du Domicile du Bénéficiaire, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'Hospitalisation,

-soit chez un proche désigné par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane si le Bénéficiaire y réside dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile. Seuls, les frais de transfert de l'animal seront pris en charge.

**L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime). Le Bénéficiaire résidant à Saint Martin n'est pas éligible à cette prestation.**

#### **En cas d'incapacité de travail de plus de 3 (trois) jours**

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

-La présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le Bénéficiaire qui vient à son chevet et résidant en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside.

-La livraison de médicaments en urgence : recherche (pharmacie proche du Domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité et acheminement au Domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 (vingt-quatre) h et immédiatement nécessaires au Bénéficiaire. **Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments que le Bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.** Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible tous les jours 24h/24h.

-L'Aide-ménagère à Domicile : dans la limite des disponibilités locales, pour une intervention de 3 (trois) heures maximum. La prestation de l'aide-ménagère inclut le temps de parcours jusqu'au Domicile du Bénéficiaire et peut être fournie entre 8h et 19h (horaire France métropolitaine) du lundi au samedi hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. **Lorsque l'immobilisation fait suite à une Hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au Domicile. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire ».**

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

-soit par un professionnel à l'extérieur du Domicile du Bénéficiaire, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'Incapacité de travail,

-soit chez un proche désigné par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 15/26

Saint Martin, si le Bénéficiaire y réside, dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile. Seuls, les frais de transfert de l'animal seront pris en charge.

**L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime). Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire » ci-dessus. Le Bénéficiaire résidant à Saint Martin n'est pas éligible à cette prestation.**

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

### Services à La Personne

Le secteur des « Services à la personne » est un marché réglementé par la loi du 26 juillet 2005 (dite loi « Borloo »). Les services à la personne regroupent 21 (vingt-une) prestations, précisées par le décret n°2005-1698 du 29 décembre 2005 dont 20 (vingt) réalisées à domicile. L'organisme de « services à la personne » avec lequel le Bénéficiaire sera mis en relation doit être agréé par l'État afin de pouvoir profiter d'avantages fiscaux.

-Service d'information et de mise en relation : Il s'agit d'une offre de mise en relation avec un réseau de Prestataires agréés visant à accompagner le Demandeur dans la recherche de solutions de vie quotidienne. L'objectif de ce service est :

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

Lorsque le Demandeur souhaite utiliser l'un ou l'autre des « services à la personne » proposés ci-après, Mondial Assistance France lui fournit des informations pratiques relatives aux services à la personne (CESU, fiscalité, contenu des prestations...), l'aide à qualifier son besoin, recherche un Prestataire qualifié le plus proche du lieu d'intervention souhaité. Le Bénéficiaire est rappelé soit par le Prestataire, potentiellement disponible, retenu par Mondial Assistance France, soit par Mondial Assistance France, lorsque la recherche de Prestataire n'a pas abouti. Délai de mise en œuvre : 2 (deux) jours ouvrables maximum à compter du premier jour ouvrable suivant la demande pour les prestations mentionnées dans le « Catalogue des prestations Borloo » (en annexe) et réalisées en zone urbaine, dès que possible dans les autres cas.

Si le Prestataire avec lequel le Bénéficiaire a été mis en relation ne convient pas, celui-ci peut contacter la plateforme afin d'être mis en relation avec un autre Prestataire. Si le Bénéficiaire établit un contrat avec le Prestataire, le coût de la prestation fournie par le Prestataire reste à la charge du Bénéficiaire qui règle directement ces frais conformément au contrat qu'il a conclu avec le Prestataire. La prestation est réalisée sous la responsabilité du Prestataire retenu par le Demandeur.

-Accès au service par téléphone (horaires France métropolitaine): Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 8h à 20h (le samedi de 8h à 18h), hors jours fériés, Mondial Assistance France enregistre la demande de mise en relation avec les Prestataires de son réseau et répond aux demandes d'information. Les horaires de la plateforme de service sont à distinguer des horaires d'ouverture des Prestataires (horaires auxquels les Prestataires sont joignables), des possibilités d'intervention des Prestataires : certains Prestataires ne sont pas joignables le soir ou le week-end, mais peuvent être en mesure de réaliser des prestations pendant ces créneaux.

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

### Perte d'emploi ou difficulté à reprendre la vie professionnelle

#### IMPORTANT

**Pour les résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane et Saint-Martin, toutes les prestations figurant ci-après : « Aide au retour à l'emploi », « Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés », « Aide à la gestion du parcours professionnel » sont réalisées exclusivement par téléphone (horaires France métropolitaine).**

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

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

#### Validation de la demande du bénéficiaire : diagnostic bilan

Lors du premier appel du Bénéficiaire, le Conseiller Emploi détermine la demande du Bénéficiaire, valide sa motivation à suivre la prestation, puis le propose l'envoi d'un questionnaire d'auto-évaluation.

Après une étude approfondie du dossier, comprenant une analyse graphologique, le Conseiller Emploi établit un diagnostic bilan du parcours du Bénéficiaire qui lui est commenté par téléphone et communiqué par écrit.

Le Conseiller Emploi propose les premières actions de recherche à mettre en œuvre.

Le Conseiller Emploi ébauche ou valide le projet professionnel.

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

#### Validation du projet professionnel et passation optionnelle de tests psychotechniques

Acquisition des techniques de recherche d'emploi (remise en forme du CV, rédaction de lettres de candidature, réactivation des réseaux relationnels, utilisation du téléphone, préparation aux entretiens de recrutement),

Développement des capacités de communication pour évoquer son projet, sa dynamique professionnelle...,

Aide à la mise en place d'une stratégie de recherche d'emploi.

Cette formation se compose d'un stage collectif de 5 (cinq) jours et de 5 (cinq) heures d'entretiens individuels répartis sur une durée de 8 (huit) semaines. La formation sera dispensée de manière individuelle et conservera le contenu de la prestation si le stage collectif n'est pas possible. Tout au long de la formation, le Bénéficiaire reste en contact avec son Conseiller Emploi attiré pour faire le point sur ses démarches.

Référence 43.24.25 – 04/2025

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

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

1. Conseils personnalisés en création et reprise d'entreprise : En fonction de l'état d'avancement du projet du Bénéficiaire, les sujets suivants pourront être abordés, lors de 6 (six) à 7 (sept) entretiens conseils individuels, ne dépassant pas un total de 9 (neuf) heures : l'étude de marché, les prévisions d'exploitation, les processus de négociation et de commercialisation, les choix juridiques, fiscaux, sociaux, le montage financier : plan de financement, comptes de résultats prévisionnels, prévisions de trésorerie, les modalités de réalisation. **Il ne s'agit en aucun cas d'un accompagnement complet à la création d'entreprise.** À l'issue de ces entretiens, le consultant fait un compte rendu au conseiller de Mondial Assistance France en mentionnant : les points abordés spécifiquement, les actions mises en œuvre, les démarches à approfondir et les recommandations quant au projet et aux freins éventuellement identifiés.

2. Informations pratiques en complément des conseils personnalisés : Le Bénéficiaire a la possibilité de recevoir un guide méthodologique intitulé « Création Reprise d'Entreprise » dans lequel sont abordés les points suivants :

-les étapes clés de la création et reprise d'entreprise : de la naissance de l'idée à l'élaboration du projet, les étapes clés, les questions utiles à se poser.

-trouver l'information : organismes de formation, dispositifs d'aide, associations, structures spécifiques et organismes consulaires, réseaux d'accompagnement, salons, presse spécialisée, adresses utiles, contacts indispensables, sites incontournables.

Le Bénéficiaire a accès à des informations sur :

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

### Démarche interactive de recherche d'emploi

1. Suivi de la recherche d'emploi : Le Conseiller Emploi est régulièrement en contact avec le Bénéficiaire pendant sa recherche. Il engage le Bénéficiaire à faire le point sur sa recherche :

-Il analyse les comptes rendus des entretiens passés par le bénéficiaire pour définir les points à améliorer dans son comportement ou son discours.

-Il valide le déroulement du plan d'actions du Bénéficiaire

-Il propose le cas échéant une réorientation de la stratégie de recherche d'emploi du Bénéficiaire.

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

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

## Informations générales sur l'emploi

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

-Les démarches à effectuer en cas de chômage : inscription au Pôle Emploi, à l'APEC.

-Les aides financières possibles : Pôle Emploi, aides spécifiques, régionales, aide des mutuelles et/ou caisses de retraite...

-Le calcul des indemnités chômage, leur durée, les barèmes dégressifs...

-Les adresses utiles : associations, syndicats professionnels...).

-La documentation : bibliographie, journaux et magazines...).

-Le droit du travail.

-Les formations : le choix, les financements, les stages...

-Les principales filières de recrutement.

-Les statistiques du marché de l'emploi (nombre de demandeurs d'emploi, temps moyen de recherche, les tendances par secteur d'activité...).

-Où trouver les offres d'emploi ? ...

### Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés :

**Cette prestation s'adresse au Bénéficiaire âgé d'au moins 20 (vingt) ans ayant subi un Accident, ayant entraîné un arrêt de travail de plus de 2 (deux) mois, entraînant des séquelles et rendant difficile la réintégration dans sa fonction actuelle, le Bénéficiaire n'étant plus physiquement en mesure de reprendre définitivement tout ou partie de son activité professionnelle.** Le Bénéficiaire dispose d'un délai de 24 (vingt-quatre) mois à partir de la date du premier jour d'arrêt de travail pour appeler Mondial Assistance France. Il doit avoir été jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle, et, si besoin, autoriser le médecin de Mondial Assistance France à s'en assurer auprès de son médecin traitant. Ce service a pour but de faire le point sur la situation personnelle et professionnelle du Bénéficiaire lorsqu'il ré-envisage son avenir professionnel, tout en s'interrogeant sur les moyens d'actions à sa disposition.

Cette prestation prévoit 2 (deux) modules : une aide à la réflexion professionnelle et un accompagnement psychologique si besoin.

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

### Mondial Assistance France propose un accompagnement personnalisé

1. La prise de contact : Lorsque les conditions d'accès sont remplies, un Conseiller Emploi se met alors en relation avec le Bénéficiaire. Lors de ce premier contact, le Conseiller Emploi :

-fait connaissance avec le Bénéficiaire, échange sur sa situation, identifie ses besoins et lui présente la prestation,

-valide la motivation du Bénéficiaire à entreprendre la prestation,

2. L'aide à la réflexion professionnelle : Le module se déroule en 3 (trois) étapes:

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

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 17/26

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

-Le suivi / les actions à mettre en œuvre : Après réception de son bilan de situation personnelle et professionnelle, le Bénéficiaire peut également bénéficier de **2 (deux) entretiens téléphoniques personnalisés** d'une durée totale de 90 (quatre-vingt-dix) minutes lui permettant d'échanger avec son Conseiller Emploi sur le contenu du bilan et/ou du livret d'informations. Le Bénéficiaire devra alors reprendre contact avec son Conseiller afin de fixer un rendez-vous téléphonique.

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

3.L'accompagnement Psychologique : Si un besoin d'accompagnement psychologique a été détecté lors de la prise de contact ou dans le cadre de l'aide à la réflexion professionnelle, un rendez-vous est fixé entre le Bénéficiaire (**à l'exception des résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane et Saint- Martin**) et un psychologue proche de son Domicile. Lors de la première consultation, le psychologue détermine avec le Bénéficiaire, les objectifs et la durée de l'intervention. Mondial Assistance France prend en charge le coût des consultations en cabinet pendant toute la durée de l'intervention à hauteur de **12 (douze) heures maximum**. Seules les consultations définies dans le cadre de cette prestation et qui ont lieu avec un psychologue du réseau de Mondial Assistance France, sont prises en charge.

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

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

#### Validation de la demande du Bénéficiaire.

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

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

#### Bilan personnel et professionnel

Après étude et analyse du questionnaire d'auto-évaluation, le Conseiller Emploi établit un bilan personnel et professionnel qu'il commente au Bénéficiaire lors de **2 (deux) entretiens téléphoniques**. Il lui envoie ensuite un document écrit. Le Conseiller Emploi propose au Bénéficiaire d'approfondir sa réflexion en abordant ses valeurs, ses motivations professionnelles et lui envoie le document

« Analyse de vos motivations ».

#### Analyse des motivations

Le Conseiller Emploi évoque avec le Bénéficiaire, lors d'un (1) entretien téléphonique, les différents éléments retenus. Le Conseiller Emploi présente au Bénéficiaire le travail de recherche d'informations à effectuer et lui transmet les documents de travail nécessaires. Enfin, le Conseiller

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

#### Suivi de la réflexion sur le projet

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

#### Validation du projet professionnel

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

#### Démarche interactive dans la construction du projet d'orientation

1.Suivi de la réflexion sur le projet : Le Conseiller Emploi est régulièrement en contact avec le Bénéficiaire pendant sa recherche et l'engage à faire le point. De façon interactive, il :

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

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

#### Aide pratique à la recherche d'informations

Le Conseiller Emploi peut fournir au Bénéficiaire :

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

#### **PERTE D'AUTONOMIE D'UN PROCHE**

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

#### **Conseil Social**

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

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

- sur les principales prestations sociales existantes,
- sur les conditions d'accès aux Établissements spécialisés et leurs financements,
- sur les principaux organismes (Sécurité sociale, Caisse d'Allocations Familiales, conseils généraux, Centres Communaux d'Action Sociale,

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 18/26

Pôle Emploi, associations, caisse vieillesse) susceptibles d'apporter un financement afin de faciliter l'organisation du maintien à domicile de l'aidé ou son admission dans une maison d'accueil.

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

#### Évaluation

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

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

Cette évaluation a pour objectif de déterminer ses besoins en tant qu'aidant pour l'aider à obtenir les aides auxquelles il peut prétendre compte tenu de sa situation personnelle (par exemple : recherche de multi-financements). L'évaluation permet de sensibiliser l'aidant à la nécessité de ne pas s'oublier au profit exclusif de son parent dépendant et à prendre de la distance par rapport à la situation.

#### Diagnostic et mise en œuvre

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

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

#### Une aide pour gérer ou alléger le quotidien

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

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

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

#### **EN CAS DE DECES**

##### **Assistance obsèques**

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

-Le rapatriement ou le transport du corps du Bénéficiaire depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint Martin, si le Bénéficiaire y résidait. Les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil

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

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

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

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

-Le séjour à l'hôtel du proche acheminé sur le lieu d'inhumation à l'Étranger, dans la limite de **45 € TTC par nuit, pendant 2 (deux) nuits maximum. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Voyage d'un proche » ci-dessus.**

**Les prestations définies ci-dessus sont exclues lorsque les obsèques ont lieu dans un des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies ainsi que les pays suivants : Afghanistan, Corée du Nord, Irak, Iran, Somalie, Soudan et Syrie.**

-Organisation des obsèques : À la demande de la famille du Bénéficiaire et pour son compte, Mondial Assistance France peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine, Andorre, Monaco ou Martinique, Guadeloupe, Guyane et à Saint-Martin, si le Bénéficiaire y résidait : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, etc...Mondial Assistance France fait appel à son Prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le Bénéficiaire dans les informations confiées à Mondial Assistance France. Un devis pour accord préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation pour ce faire. **Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.**

##### **Info-conseil Pension de réversion**

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

-Information Pension de réversion : Mondial Assistance France apporte toute l'aide possible au Bénéficiaire qui vient de perdre son conjoint en matière d'information retraite.

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

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

-des droits acquis par le conjoint disparu dont le Bénéficiaire est l'ayant droit.

-de sa propre situation de conjoint survivant.

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

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

-l'activité professionnelle du conjoint disparu au moment du décès (activité, statut et rémunération brute).

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

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

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par Assurances du Crédit Mutuel IARD auprès de Fragonard Assurances (société anonyme au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, Sise au 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France SAS (société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 (<http://www.orias.fr/>), soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, Sise au 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09).

### Responsabilité

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

**Mondial Assistance France 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, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.**

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

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance France a été prévenue et a préalablement donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance France aurait engagés pour organiser le service.

### Conditions applicables à « Assistance Retraite ».

Obligation de communication du Bénéficiaire : Le Bénéficiaire s'engage à communiquer à Mondial Assistance France de manière complète et avec exactitude les renseignements personnels le concernant. Dans le cas où des organismes de retraite adresseraient directement au Bénéficiaire les éléments permettant à Mondial Assistance France d'effectuer l'étude, le bénéficiaire s'engage à les transmettre dans les plus brefs délais à Mondial Assistance France.

### Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués feront l'objet d'une confirmation écrite. Les informations fournies par Mondial Assistance France sont des renseignements à caractère documentaire. La communication d'informations, éventuellement à caractère juridique ne peut en aucun cas être assimilée à une consultation juridique. **Mondial Assistance France s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.** Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

### Conditions applicables aux services d'assistance à la personne

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 (quarante-huit) heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie... Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. **Mondial Assistance France ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution des prestations « rapatriement ou transport » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.** Mondial Assistance France se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical détaillé, bulletin d'hospitalisation...). Ce justificatif sera adressé au médecin Mondial Assistance France qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif. Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au Domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

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

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

-agréé, qui a été référencé avec soin par Mondial Assistance France, pour garantir un service de qualité,

-qui sera en mesure de rappeler, dans un délai de 2 (deux) jours ouvrables maximum, à compter du premier jour ouvrable suivant la demande, si la mission est confirmée.

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

-qui n'appliquera pas de frais de dossiers, sous certaines conditions.

-dont Mondial Assistance France s'est préalablement assuré qu'il était en mesure de satisfaire la demande du Bénéficiaire si ce dernier souhaite contracter avec lui.

Si le Prestataire, avec lequel le demandeur a été mis en relation, ne convient pas au Bénéficiaire, celui-ci pourra à nouveau contacter la plateforme afin d'être mis en relation avec un nouveau Prestataire, sous réserve des disponibilités locales. Mondial Assistance France assure un suivi de la satisfaction du demandeur/du Bénéficiaire, en réalisant des enquêtes qualité régulières.

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

Responsabilité : Mondial Assistance France met exclusivement en relation un Bénéficiaire avec des Prestataires agréés de son réseau. Les prestations commandées par le Bénéficiaire au Prestataire seront exécutées sous la seule responsabilité de ce dernier.

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

**-de toute faute dans le cadre de la préparation, la mise en place et l'exécution des prestations par le Prestataire ;**

**-des dommages tant matériels que corporels causés par le Prestataire au Bénéficiaire ou à ses biens.**

**Mondial Assistance France ne saurait être tenue pour responsable d'un éventuel fait illicite ou de préjudice de quelque nature que ce soit qu'un Bénéficiaire pourrait subir du fait d'un Prestataire, ou qu'un Prestataire pourrait subir du fait du Bénéficiaire. En conséquence, le Bénéficiaire renonce à tout recours à l'encontre de Mondial Assistance France de ce fait.**

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

Pour pouvoir accéder aux services personnalisés, le Bénéficiaire doit :

-s'il est Salarié, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant sa lettre de licenciement ou son avis de notification de Pôle Emploi ou son certificat de travail ;

-s'il est travailleur de statut indépendant, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant un document officiel certifiant la

cessation de son activité (formulaire à obtenir auprès du Centre de Formalités Entreprises ou de Pôle Emploi).

L'Aide au Retour à l'Emploi a une durée **maximale d'un an** à compter du premier appel auprès de notre Service Assistance Emploi de Mondial Assistance France. Le Bénéficiaire dispose d'un délai de 3 (trois) mois, à partir de la date de son licenciement, pour appeler le service Assistance Emploi de Mondial Assistance France. Au-delà de ce délai de 3 (trois) mois, il ne pourra plus bénéficier de la garantie Assistance Emploi.

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

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

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

**-3 (trois) mois** pour la réflexion professionnelle.

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

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

**Loi Informatique et Libertés**

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

**AWP France SAS Service juridique – DT03  
7 rue Dora Maar –  
CS 60001 93488  
Saint-Ouen Cedex.**

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

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

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations

et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

**Modalité d'examen des réclamations**

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour

que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

**AWP FRANCE SAS**  
**Service Traitement des Réclamations TSA**  
**70002**  
**93488 Saint-Ouen Cedex**

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

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

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

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

#### **Exclusions Générales**

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

- les maladies chroniques et l'Invalidité Permanente, antérieurement avérée ou constituée ;
- les hospitalisations prévisibles ;
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- les maladies chroniques psychiques ;
- les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement ;
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées ;
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance ;
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool ;
- les conséquences de suicide ou tentative de suicide ;
- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire ;

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

#### **Loi applicable – Langue utilisée**

La convention d'assistance est régie par la loi française. La langue utilisée pour l'exécution de la convention est le français.

### Mise en œuvre des prestations

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

Pour les résidents de France métropolitaine :

- depuis le lieu de résidence : 01 40 25 53 80 (numéro non surtaxé)

- depuis l'Etranger : + 33 1 40 25 53 80

Pour les résidents de Martinique, Guadeloupe, Guyane, Saint-Martin (partie française) :

- depuis le lieu de résidence : 02 62 90 46 18 (coût d'une communication locale)

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

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

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

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

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

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

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 24/26

ACM VIE SA – Société anonyme au capital de 778 371 392 € - 332 377 597 RCS STRASBOURG – N° TVA : FR 60332377597

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX ACM IARD SA -

Société anonyme au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG – N° TVA FR87352406748

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

Identifiant REP : FR232229\_03XDNB

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

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

FAMILLES DE SERVICE	SERVICES	PUBLIC	DESCRIPTION DE LA PRESTATION
<b>VIE PRATIQUE ET LOSIRS</b>			
	Assistance informatique et Internet	Tous	<p><b>Installation et prise en main :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réception du matériel informatique (micro-ordinateur personnel et ses périphériques)</li> <li>- installation, mise en service et accompagnement à la prise en main (initiation au fonctionnement du matériel)</li> </ul> <p><b>Sont exclus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assistance à distance (Internet ou téléphone)</li> <li>- matériel professionnel, matériel audio, photo et vidéo numérique</li> <li>- les formations informatiques sur un logiciel donnée par exemple ou internet (cf. ; cours informatique)</li> </ul>
			<p><b>Maintenance et dépannage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- travaux de maintenance et de dépannage sur des micro-ordinateurs personnel et ses périphériques</li> </ul> <p>Sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le remplacement et la vente de matériel, les interventions à distance (téléphone ou internet)</li> </ul>
	Cours pour adultes	Adultes	<p><b>Cours de gestion et cours de droit</b></p> <p><b>Cours de langues :</b> Niveaux : débutant, intermédiaire, supérieur Langues : anglais, espagnol, allemand, russe, chinois, portugais, ... Usage : professionnel, conversation</p> <p><b>Cours d'informatique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- logiciels : traitement de texte, tableur, ...</li> <li>- Internet</li> </ul> <p><b>Cours de musique et cours de solfège</b> Instruments : guitare, flûte à bec, flûte traversière Plusieurs niveaux : débutant, intermédiaire, avancé.</p>
	Préparation des repas	Tous	<p><b>Préparation de repas, réalisation des courses</b></p> <p>Cette prestation est réalisée par du personnel de maison en mesure de préparer des repas simples. Les intervenants ne sont pas des cuisiniers ou des chefs à domicile.</p>
<b>PERSONNES AGEES ET FRAGILISEES</b>			
	Assistance administrative à domicile	Tous	<p><b>Assistance administrative :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aide au remplissage de documents divers dont formulaires sociaux,</li> <li>- appels téléphoniques pour le compte de la personne, rédaction de courrier</li> <li>- aide à la gestion des factures, vérification des commandes, tri du courrier, classement des papiers administratifs.</li> </ul> <p>Sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'assistance juridique, conseil pour indépendants, secrétariat, conseils financiers, conseil fiscal.</li> </ul>
	Garde malade adultes	Adultes	<p><b>Garde malade à domicile</b></p> <p><b>Sont exclus :</b></p> <p><b>Les soins médicaux</b></p>
	Aide à la mobilité	Tous les publics fragiles : handicapés, âgés ou dépendants	<p><b>Mise à disposition d'un chauffeur et d'un véhicule adapté au niveau de mobilité du bénéficiaire et de son équipement (fauteuil roulant, béquilles, ...)</b></p>
	Assistance aux personnes âgées et dépendantes	Personnes dépendantes Personnes âgées	<p><b>Accompagnement des personnes âgées ou dépendantes dans les activités quotidiennes :</b> Hygiène de vie (aide à l'habillage/déshabillage, aide à l'hygiène corporelle, lever/coucher), alimentation (préparation des repas, réalisations des courses, aide à la prise des repas), entretien de la maison, accompagnement aux activités sociales (conversation, jeux, sorties)</p> <p><b>Et aussi</b> Assistance administrative, nourriture chiens et chats</p> <p><b>Sont exclus :</b> Les soins médicaux, les sorties qui nécessitent un véhicule</p>
		Personnes dépendantes	<p><b>Soins d'hygiène et de mise en beauté réservés aux personnes dépendantes.</b></p> <p><b>Sont exclus :</b> Les soins pratiqués par un professionnel ou hors du domicile. Ex : pédicure, manucure, coiffure (coupe, couleurs, permanentes, etc...)</p> <p><b>Les soins et promenades d'animaux de compagnie à l'exclusion des soins vétérinaires et du toilettage</b></p> <p><b>Sont exclus :</b> La garde d'animaux (type chenil)</p>

Référence 43.24.25 – 04/2025

Page 25/26

	Assistance aux personnes handicapées	Personnes handicapées (enfants et adultes)	<b>Accompagnement des personnes handicapées dans les activités quotidiennes :</b> Hygiène de vie (aide à l'habillage/déshabillage, aide à l'hygiène corporelle, lever/coucher), alimentation (préparation des repas, réalisations des courses, aide à la prise des repas), entretien de la maison, aide à la mobilité (à bras) <b>Sont exclus :</b> Les soins médicaux
--	--------------------------------------	--	---