

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

Garantie Blessures Club Avantages Plus

I. Garantie Blessures Club Avantages Plus (2025_AVPB-1)

Tous les adhérents au **Club Avantages Plus** bénéficient de la garantie blessures – accident de la voie publique – souscrite par STARDATA auprès de son partenaire Auxia.

Votre assureur est AUXIA, entreprise du groupe Malakoff Humanis régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 76 768 655 € - RCS de Paris 422 088 476 – 21 rue Laffitte 75009 Paris. L'organisme chargé du contrôle d'Auxia est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09. Le contrat relève de la branche 1 (Accident) des activités d'assurance.

Le Souscripteur du contrat collectif est STARDATA, société par actions simplifiée au capital social de 10500 €, dont le siège social est situé au 25 RUE PIERRE NICOLE 75005 PARIS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 811 143 445.

L'organisme chargé du contrôle des assureurs et des distributeurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, Secteur assurance, 4 Place de Budapest, 75436 Paris.

Les Personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Qui est assuré ? Le contrat est souscrit par STARDATA pour votre compte. Si vous avez moins de 80 ans et que vous adhérez à l'assurance souscrite à votre profit, vous devenez de plein droit assuré au contrat. Votre âge est calculé par différence de millésimes (année de souscription – année de naissance).

Quand suis-je assuré ? Vos garanties prennent effet le jour qui suit votre adhésion au Club Avantage Plus. Elles sont acquises sans limite de durée tant que vous maintenez votre adhésion au Club Avantage Plus.

Quel est le montant du capital garanti en cas d'accident de la voie publique ? si vous êtes blessé à l'occasion d'un accident de la voie publique et que vous êtes hospitalisé, Auxia vous verse une indemnité forfaitaire de 400 €.

L'accident de la voie publique c'est tout accident impliquant au moins un véhicule (camion, voiture, moto, vélo, trottinette, skate-board), survenant sur une voie ouverte à la circulation publique.

EXCLUSIONS de mon contrat ? Le capital n'est pas dû lorsque l'accident survient à l'occasion de : votre participation active à une rixe (sauf légitime défense), un crime, un délit, un acte de terrorisme ou de sabotage ; une guerre, une insurrection ou une émeute ; une tentative de suicide.

Bénéficiaires de la garantie ? Vous êtes le seul bénéficiaire assuré du contrat.

Je me suis blessé à l'occasion d'un accident de la voie publique, comment obtenir le versement de mon indemnité forfaitaire ? L'accident de la voie publique est couvert s'il a entraîné une hospitalisation pour soigner votre blessure.

Vous devez contacter Auxia au : **09 79 99 03 48** entre 9h00 et 18h00.

Afin de constituer le dossier d'indemnisation, un formulaire intitulé « demande d'indemnisation » doit être envoyé au Médecin Conseil de l'assureur complété, daté et signé par l'assuré et le médecin de son choix dans un délai de 30 jours suivant l'accident.

Auxia peut exiger la production de toute pièce complémentaire prévue par un texte qui s'impose à l'assureur.

Le versement de l'indemnité forfaitaire est réalisé par virement dans un délai de 30 jours ouvrés après réception des pièces justificatives et acceptation du sinistre par les services de l'assureur.

Quel est le montant de la cotisation d'assurance ? Vous n'avez rien à payer. Les cotisations sont payées par STARDATA qui souscrit le contrat à votre profit.

Puis-je revenir sur mon consentement ? Vous pouvez renoncer à votre garantie pendant trente (30) jours calendaires révolus suivant l'adhésion. Cette renonciation peut être faite par courrier adressé à votre intermédiaire d'assurance suivant le modèle de lettre suivant « Je déclare renoncer à mon contrat conformément aux dispositions prévues par le Code des assurances. (Lieu), (date) et signature »

Où m'adresser en cas de difficulté ?

1 – Ecrivez à contact@stardata.fr ou à l'assureur sur info@auxia.com.
2 – Si la réponse apportée par le Service Client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante : AUXIA, Service Réclamation, TSA 40100 - 78087 YVELINES CEDEX 9 ou par email : info@auxia.com

3 – Le dispositif de médiation Vous pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, saisir la Médiation de l'Assurance, autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur les litiges. La demande doit être adressée à La Médiation de l'Assurance- TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou par voie électronique : www.mediation-assurance.org.

Le médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence. En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions. La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (art.2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de 6 mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

Combien de temps ai-je pour agir en cas de désaccord avec l'assureur ?

Conformément aux articles L114-1, L114-2, L114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par 2 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 10 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. » La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L114-2 du Code des assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. » Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ; la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil) ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ; l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil) ; l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil). L'article L114-3 du Code des assurances prévoit que « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les

parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Comment mes données à caractère personnelles sont-elles traitées ?

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les Personnes concernées par le présent article sont le Souscripteur, le Bénéficiaire et le Conjoint (ci-après « les Personnes concernées »). Les Personnes concernées sont informées par AUXIA, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Personnes concernées peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ;
- la gestion des avis des Personnes concernées sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Personnes concernées ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non réidentification des Personnes concernées ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à leur inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Personnes concernées pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à leur situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat.

Le consentement explicite et spécifique des Personnes concernées est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Personnes concernées sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et co-assureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Personnes concernées sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel des Personnes concernées ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des Personnes concernées sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Personnes concernées varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données

sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Personnes concernées et (2) à notifier à la CNIL et informer ces dernières en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Personnes concernées disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Personnes concernées disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont elles font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Elles disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Personnes concernées disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les Personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

II. ASSISTANCE, TELECONSULTATION MEDICALE

A . L'Assistance

L'objet de l'assistance

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux adhérents du contrat d'assurance une aide à domicile dans une optique de confiance préalable.

AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital de 1 780 000 euros – RCS de Paris 351 733 761 – Siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

AUXIA Assistance est désigné par « Nous » dans cette Convention. L'organisme chargé du contrôle de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

Nous contacter

Pour demander la mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance, vous pouvez joindre, 7 jours sur 7, 24h sur 24, votre chargé d'assistance au **09 86 86 10 04** en précisant :

- Votre numéro de convention d'assistance : **75 01 08**
- Votre identité (nom, prénom, date de naissance)
- L'identité du bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone)

Les prestations sont mises en œuvre du lundi au vendredi de 8 heures à 19 heures (hors jours fériés). Au cours de l'appel, il vous sera précisé les modalités de mise en œuvre des prestations.

Cette demande doit être formulée dans **un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement**.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 5 jours ouvrés entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne nous permet plus de mettre en œuvre nos garanties dans des conditions conformes à nos engagements.

En cas d'urgence, votre premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (**le 15 ou le 112 pour le SAMU ; le 17 pour les services de la police ; le 18 pour les pompiers**) ou à votre médecin traitant. Nos services

d'assistance ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

La description des garanties d'assistance

- **Aide-ménagère** : L'assistant missionne un intervenant pour la réalisation des tâches ménagères courantes (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du bénéficiaire. Chaque intervention de l'intervenant dure au minimum 2 heures (l'intervenant n'assure pas la fourniture du matériel nécessaire pour les tâches ménagères).

Plafond de la garantie Aide-ménagère :

EVENEMENTS	Hospitalisation programmée ou maternité	Hospitalisation imprévue ou grossesse multiple	Immobilisation imprévue de + de 5 jours consécutifs	Traitement médical du cancer	En cas de décès de l'un des bénéficiaires
PLAFONDS	Jusqu'à 15h réparties sur 1 mois	Jusqu'à 30h réparties sur 1 mois	Jusqu'à 30h réparties sur 1 mois	Jusqu'à 30h réparties pendant la durée du protocole médical	Jusqu'à 30h réparties sur 1 mois

- **Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires** : en cas d'hospitalisation, d'immobilisation de plus de 5 jours, de maternité, de grossesse multiple, de traitement médical du cancer ou de décès, lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assistant prend en charge le trajet (aller-retour) des enfants et des petits-enfants 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées.

- **Garde des animaux domestiques** : L'assistant prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement la garde de l'animal par un organisme professionnel. La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de la prestation de garde de l'animal. **Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, pendant 30 jours** et valable pour une garde de l'animal exécutée sur des jours consécutifs.

- **Informations médicales et sociales** : L'assistant vous informe par téléphone sur toutes informations pertinentes de la vie courante. Voici les principaux domaines couverts et les éléments qui peuvent vous être communiqués :

- **Social et administratif** : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles vous pouvez prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap

- **Conseils médicaux** : le calendrier vaccinal, les maladies et les risques qui y sont liées, les médicaments et leurs effets secondaires, la prévention, la diététique, les structures médicales, les associations de malades, les problèmes d'alcool, de poids, le tabagisme, la préparation aux voyages, les pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, le Sida, l'autisme, les allergies, le diabète, la paraplégie, la perte d'autonomie, les traitements et leurs effets secondaires. L'assistant vous oriente, si besoin, vers les organismes qualifiés. Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate.

Lorsque l'assistant doit effectuer des recherches, il rappelle le bénéficiaire pour lui communiquer les informations attendues. En aucun cas les renseignements fournis ne font l'objet d'une confirmation écrite. **L'assistant ne peut pas être tenu pour responsable de l'interprétation des informations, et de l'utilisation que le bénéficiaire décidera d'en faire.**

Les réponses apportées par l'assistant s'appuient sur le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit étranger. Les informations communiquées constituent des renseignements à caractère documentaire, visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne s'agit ni de consultations juridiques, ni de consultations médicales.

- **Livraison de médicaments** : Vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer et vous avez besoin de médicaments. L'assistant prend en charge la commande et la livraison de vos médicaments prescrits par votre médecin traitant. Les livraisons sont assurées du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h00.

Pour bénéficier du service de livraison :

- Votre domicile est situé en France métropolitaine à moins de 30 kilomètres (aller-retour) d'une pharmacie. Par dérogation le service ne peut être délivré sur le territoire Corse.

- Votre incapacité temporaire de déplacement est médicalement constatée.

Le coût des médicaments reste à votre charge

- **Prise en charge des ascendants dépendants** : en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation de plus de 5 jours, de grossesse multiple ou de décès, le bénéficiaire peut demander à l'assistant de mettre en œuvre l'une des garanties ci-dessous (les 3 garanties ne sont pas cumulables : **1 seule est choisie**).

- **La venue d'un proche pour la garde des ascendants** : l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire, pour s'occuper de l'ascendant au domicile.

- **Où le transfert chez un proche** : dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des ascendants chez un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire.

- **Où la garde au domicile par un auxiliaire de vie** : dans le cas où un proche du bénéficiaire ne peut s'occuper de l'ascendant dépendant, l'assistant missionne un professionnel agréé pour le garder. La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures, **limitée à 30 heures** sur le mois suivant l'événement.

- **Prise en charge des enfants et petits-enfants** : Le bénéficiaire peut demander à l'assistant de mettre en œuvre l'une des garanties ci-dessous (les 3 garanties ne sont pas cumulables : **1 seule est choisie**).

- **La venue d'un proche** : l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire pour s'occuper des enfants, au domicile du bénéficiaire.

- **Où le transfert des enfants** : dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'assistant organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des enfants chez un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire.

- **Où la garde à domicile** : lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'assistant organise et missionne un intervenant autorisé pour garder les enfants. La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures.

Pour les prestations qui concernent les enfants :

- **La personne missionnée au domicile de l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.**

- **Auxiliaire Assistance intervient à la demande des parents. Auxiliaire Assistance ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des enfants confiés.**

Plafond de la garde à domicile :

EVENEMENTS	Hospitalisation programmée ou maternité	Hospitalisation imprévue ou grossesse multiple	Immobilisation imprévue de + de 5 jours consécutifs	Traitement médical du cancer	En cas de décès de l'un des bénéficiaires	En cas d'immobilisation d'un enfant plus de 2 jours consécutifs
PLAFONDS	Jusqu'à 15h Sur le mois suivant l'événement	Jusqu'à 30h Sur le mois suivant l'événement	Jusqu'à 30h Sur le mois suivant l'événement	Jusqu'à 30h réparties pendant la durée du protocole médical	Jusqu'à 30h Sur le mois suivant l'événement	Jusqu'à 30h Sur le mois suivant l'événement pour l'enfant

- **Recherche de professionnel de santé** : L'assistant peut assister les bénéficiaires en difficulté dans leur recherche d'intervenants médicaux et paramédicaux (médecin généraliste, infirmière...). Cette garantie s'applique quand les **2 conditions suivantes sont réunies** :

- La situation ne relève pas d'une urgence médicale
- Et le besoin s'exprime en dehors des heures d'ouverture des cabinets et pharmacies.

L'assistant propose au bénéficiaire jusqu'à 5 coordonnées de professionnels situés le plus près possible de son domicile. Les frais de déplacement, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

- **Soutien scolaire à domicile** : Votre enfant est inscrit dans un établissement d'enseignement primaire ou secondaire. Il est immobilisé à domicile pour une durée **minimum de 14 jours consécutifs** et il ne peut pas assister aux cours à distance. Pendant l'année scolaire en cours, un répétiteur l'aide à faire ses devoirs dans les matières principales (mathématiques, français, histoire-géographie, anglais).

Chaque intervention quotidienne dure au moins 1 heure et au maximum 3 heures, à raison de **15 heures par semaine maximum**. Les interventions sont réalisées du lundi au vendredi, hors week-end, jours fériés et vacances scolaires.

Pour les prestations qui concernent les enfants :

- **La personne missionnée au domicile de l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.**

- **Auxia Assistance intervient à la demande des parents. Auxia Assistance ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des enfants confiés.**

▪ **Transport vers un établissement de soins :** Hors urgence médicale, l'assistant organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, l'assistant organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. **Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.**

▪ **Venue d'un proche à mon chevet : en cas d'hospitalisation, d'immobilisation de plus de 5 jours, de maternité, de grossesse multiple,** l'assistant organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche du bénéficiaire résidant en France Métropolitaine à compter du premier jour de l'événement provoquant la mise en œuvre de la garantie. La prestation est **limitée à 2 nuits, à concurrence de 100€ TTC par nuit**, petit déjeuner inclus. Aucune autre solution d'hébergement que celle prévue ne sera prise en charge.

Prise de contact : L'assistant communique par téléphone. Les prises de contact se font toujours à la demande du bénéficiaire et, dans certains cas, du bénéficiaire aidant.

Responsabilité : Auxia Assistance ne peut pas être tenu pour responsable de l'interprétation des informations, et de l'utilisation que le bénéficiaire décidera d'en faire. Nos réponses s'appuient sur le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit étranger. Les informations communiquées constituent des renseignements à caractère documentaire, visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne s'agit ni de consultations juridiques, ni de consultations médicales. Quand une mise en relation ou des coordonnées de professionnels ou de structures médicales sont proposées, cette proposition ne vaut pas recommandation d'Auxia Assistance. Elle se base sur le critère de la proximité du domicile. Les garanties sont réalisées en tenant compte de la disponibilité et de la situation locale.

Les définitions

Accident : L'événement soudain et imprévisible qui entraîne une blessure physique involontaire.

Les maladies qui se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

Animaux domestiques : Animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge.

Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires, et sont identifiés (puçage, tatouage). Sont exclus les chiens de 1^{re} et 2^e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural.

Ascendant dépendant : La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes : Être parents, beaux-parents ou grands-parents du bénéficiaire (par filiation au sens de la législation française) et être atteint d'une dépendance médicalement constatée

- Soit en état d'invalidité

- Soit en état de perte d'autonomie

La dépendance doit être consolidée.

Assureur/Assistant : AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris. L'organisme chargé du contrôle de l'Assistant est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Bénéficiaire : Les bénéficiaires sont toutes les personnes couvertes par le contrat principal santé.

Chirurgie ambulatoire : Acte chirurgical nécessitant une hospitalisation sans hébergement de nuit et permettant la sortie du patient le jour même de son admission.

Conjoint : Soit l'époux ou l'épouse du bénéficiaire non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e) ; soit le partenaire lié par un pacte civil de solidarité non dissout et non rompu ; soit le concubin : la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec le bénéficiaire pendant une durée d'au moins deux ans ou ayant un enfant né de cette union. Le bénéficiaire et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

Domicile : Lieu de la résidence principale ou secondaire du bénéficiaire, situé en France tel que présentée dans la définition de la territorialité ci-dessous.

Enfant et Petit-enfant : Les enfants / petits-enfants du bénéficiaire et/ou de son conjoint, qui sont âgés de moins de 16 ans au jour de la mise en œuvre des garanties, tels que définis au contrat principal santé du bénéficiaire.

Grossesse multiple : Développement simultané de plusieurs fœtus dans l'utérus

Hospitalisation imprévue : Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident ou à une maladie.

L'hospitalisation est prescrite en urgence par un médecin dans les 7 jours qui la précèdent.

Hospitalisation programmée : Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé ou toute hospitalisation à domicile, consécutif à une maladie ou un accident. L'hospitalisation est prescrite par un médecin, et le bénéficiaire en a connaissance plus de 7 jours avant le 1^{er} jour d'hospitalisation.

Immobilisation imprévue : Toute incapacité à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie soudaine. L'incapacité est constatée par un médecin qui prescrit un repos à domicile. Le bénéficiaire doit avoir connaissance de cette incapacité dans les 7 jours maximum précédant l'immobilisation.

Invalidité : Le bénéficiaire déclarant être atteint d'un taux d'invalidité permanente égal ou supérieur à 66 % et il n'exerce aucune activité professionnelle susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. L'Invalidité Permanente et totale est constatée par un médecin conseil de la Sécurité Sociale. L'attestation d'invalidité pourra être réclamée à des fins de contrôle.

Maladie : L'altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : L'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Perte d'autonomie : L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque la personne concernée justifie de l'APA ou est classée dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2, ou 3 de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), tels que ces groupes sont définis, à titre indicatif, ci-dessous :

– Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,

– Le GIR 2 correspond à une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des actes de la vie courante, ou une personne âgée dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer,

– Le GIR 3 correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement, leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle

Proche : Membres de la famille du bénéficiaire ou, à défaut, toute personne physique désignée par le bénéficiaire, ou par l'un de ses ayants droit, ou à défaut, par l'assureur.

Territorialité : Le bénéfice des garanties d'assistance est ouvert pour les sinistres survenus en France Métropolitaine (dont Corse, Principautés de Monaco, d'Andorre). Les outre-mer prises en compte au titre du présent contrat sont : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie Française, Saint-Barthélemy, Saint-

Martin, Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon. Les prestations seront fournies uniquement dans les territoires cités ci-dessus.

Transport : Les transports organisés dans le cadre de l'assistance s'effectuent par taxi, train (billet de première classe) ou par avion en classe économique.

Le cadre juridique

AUXIA ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux. Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA ASSISTANCE sont prises en charge.

AUXIA ASSISTANCE n'intervient pas dans les cas où le demandeur aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Durée des garanties : Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'à la date à laquelle le contrat souscrit auprès du Club Avantage plus et ouvrant droit à la présente assistance prend fin pour quelque raison que ce soit.

Transmission des pièces justificatives : Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé du bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...). Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à AUXIA ASSISTANCE de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par AUXIA ASSISTANCE dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone. Les services d'AUXIA ASSISTANCE sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du bénéficiaire.

Conditions restrictives d'application : ABSENCE DE RESPONSABILITE D'AUXIA ASSISTANCE EN CAS DE FORCE MAJEURE

Circonstances exceptionnelles

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de force majeure.

Subrogation

AUXIA ASSISTANCE est subrogé dans les droits et actions de toute personne Bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par AUXIA ASSISTANCE en exécution du présent contrat.

Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- N'est pas dû à un cas de force majeure,
- Et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement de l'une des personnes concernées est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assisteuse pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),

- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- La tentative de suicide du Bénéficiaire,
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.

Fausse déclaration intentionnelle de sinistre : Si le bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre. Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.

Prescription : Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Protection des données à caractère personnel :

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les personnes physiques définies dans la partie « Définitions » des présentes conditions générales sont « les Personnes concernées ». Les Personnes concernées sont informées par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que AUXIA ASSISTANCE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Personnes concernées peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des personnes concernées sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les personnes concernées ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des personnes concernées ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des personnes concernées pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à leur situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc...

Le consentement explicite et spécifique des Personnes concernées est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Personnes concernées sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services d'AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Personnes concernées sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des personnes concernées ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des personnes concernées sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des personnes concernées venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Personnes concernées varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales d'AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Personnes concernées et (2) à notifier à la CNIL et informer ces dernières en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Personnes concernées disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les personnes concernées disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont elles font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Elles disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les personnes concernées disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Traitement des réclamations et demandes clients

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel. La réclamation peut également être adressée par mail à l'adresse info@auxia.com, par courrier à l'adresse du service : AUXIA ASSISTANCE – Direction du service client – TSA 40100 – 78087 Yvelines CEDEX 9.

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite. Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse du service :

Le Médiateur de L'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris CEDEX 09, par voie électronique : www.mediation-assurance.org

La réclamation doit être envoyée dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice. À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.

B . Le service de téléconsultation

L'objet de la téléconsultation

Dans le cadre de son offre d'assistance, AUXIA ASSISTANCE propose au Bénéficiaire un Service de téléconsultation médicale par visioconférence.

Les présentes Conditions générales d'utilisation définissent les droits et obligations du Bénéficiaire au titre de la fourniture du **Service de téléconsultation médicale**.

Le Service de téléconsultation médicale est proposé par :

AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris. AUXIA Assistance est une société du groupe Malakoff Humanis.

Le Service de téléconsultation médicale est accessible et délivré par l'Opérateur de services :

TBNO INVEST, SASU, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le N° 529 134 942 RCS Nanterre, dont le siège social sis Centre d'Affaires Alta Rocca Batc, : 137 Rue d'Aguesseau 92100 Boulogne-Billancourt.

Les Données personnelles de santé recueillies dans le cadre du présent Service sont hébergées par TBNO INVEST, SASU en France sur les serveurs HDS sécurisés de Cegedim.Cloud.

Attention ! Le service de téléconsultation médicale ne constitue en aucun cas un service d'urgence. Toute situation d'urgence médicale doit conduire immédiatement le Bénéficiaire à contacter les numéros d'urgence tels que : SAMU 15 ; Police Secours 17 ; Pompier 18 ou le 112.

Avant de demander la mise en œuvre du service le Bénéficiaire est invité à s'assurer au préalable que son médecin traitant est absent ou indisponible. En effet, le service de téléconsultation est proposé uniquement en complément de la prise en charge et du suivi effectués par le médecin traitant ou les autres professionnels de santé en charge du Bénéficiaire. Le Médecin téléconsultant peut, au cours de la téléconsultation, estimer que le service n'est pas adapté à la situation de ce dernier, en particulier lorsqu'un examen clinique avec présence physique du Bénéficiaire ou des examens complémentaires sont nécessaires.

Le Bénéficiaire sera alors invité à consulter son médecin traitant ou à se rendre aux urgences.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que l'Opérateur de Service TBNO Invest n'effectue aucune vérification, validation ou contrôle sur l'exactitude, la cohérence, la qualité des données saisies par le Bénéficiaire, ni des décisions qu'il prend concernant sa santé.

En raison de la sensibilité des données de santé collectées et traitées dans le cadre du service, le Bénéficiaire est mis en garde sur la nécessité de veiller à la confidentialité de ses informations d'accès au service à l'égard de tiers.

Le bénéficiaire de la téléconsultation : « **Bénéficiaire** » désigne les assurés d'une entité qui bénéficient du contrat d'assistance Santé, incluant le service de Téléconsultation médicale, déclarés par cette entité auprès d'Auxia Assistance.

La description du service et des modalités

Conditions d'accès au Service : Pour accéder au service, appelez le **09 86 86 00 67** pour être redirigé vers le service de téléconsultation par visioconférence. Vous pouvez également, si votre espace client le prévoit, accéder à ce service via votre espace client. Le Bénéficiaire pourra bénéficier d'une téléconsultation médicale auprès d'un Médecin généraliste par visioconférence dans un délai d'attente maximum de 60 minutes. Chaque Bénéficiaire dispose d'un droit à 5 téléconsultations par année civile 7 jours sur 7 de 8h à 20h (GMT+2/GMT+1). Au-delà de cinq téléconsultations au cours d'une même année, le Service ne sera pas délivré.

Mise en œuvre du service lors d'un déplacement à l'étranger : Le service peut être accessible depuis l'étranger, selon la réglementation locale et aux horaires applicables en France métropolitaine. Aucune prescription médicale n'est toutefois délivrée en dehors de l'Union Européenne.

Les téléconsultations non utilisées au cours d'une année ne pourront pas être reportées sur l'année suivante ni faire l'objet d'aucun remboursement. Elles ne peuvent être cédées à un tiers. Enfin, le Bénéficiaire est informé et accepte que l'intégralité des frais de téléphone et/ou de connexion au réseau Internet reste à sa charge.

A NOTER : Le service de téléconsultation vous permet aussi d'accéder rapidement à des téléconsultations avec des médecins spécialistes ou généralistes (plages horaires plus étendues et selon disponibilité). Ces consultations avec avance de frais sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées dans les conditions habituelles de votre contrat santé.

Précision sur le Bénéficiaire

L'accès au Service est réservé aux Bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans. Lorsque le Bénéficiaire est majeur sous protection juridique (tutelle ou curatelle), il est accompagné du mandataire judiciaire à la protection de majeurs. Le Service est ouvert aux Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans s'ils sont accompagnés de la personne titulaire de l'autorité parentale.

Les outils nécessaires à l'utilisation du Service de téléconsultation

Le Service requiert une adresse-mail personnelle et un accès Internet de bonne qualité comprenant un navigateur Internet récent, ainsi qu'un équipement informatique de type ordinateur, tablette ou smartphone, équipé d'une caméra et d'un micro pour la réalisation de la consultation médicale par visioconférence et le cas échéant la réception de prescriptions médicales.

Précision sur l'usage

Le Service est strictement destiné à l'usage personnel des Bénéficiaires et ne peut pas être utilisé au profit d'une entreprise ou de tout autre organisme. Les sociétés commerciales, et de manière générale tout organisme ou entité ou profession réglementée, ne peuvent pas en tant que tels devenir utilisateurs.

Toute autre utilisation en fraude des droits de l'Assisteur ou de l'Opérateur du Service expose le Bénéficiaire à des poursuites.

L'Opérateur de Service s'engage à traiter les sujets et les informations de façon neutre et se garde de toute attitude publicitaire ou promotionnelle envers un produit, un service ou un organisme particulier conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Accès au service de téléconsultation médicale : Le Bénéficiaire contacte le n° de téléphone communiqué dans le présent document. Un Serveur Vocal Interactif lui communique l'adresse du site internet sur lequel il devra se connecter.

Création et gestion du compte utilisateur sur le site

L'accès au Service nécessite l'ouverture d'un compte utilisateur : Le Bénéficiaire crée son compte utilisateur de téléconsultation en confirmant les données d'identification : nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone et/ou adresse mail.

Le Bénéficiaire prend toutes les dispositions utiles pour accéder au Service par des modalités d'accès sécurisées (antivirus à jour, firewall ...) et s'engage à ne pas communiquer ses éléments d'authentification personnels à des tiers. Lors de la création de son compte utilisateur, le Bénéficiaire reconnaît :

- avoir pris connaissance et accepte expressément et sans réserve les présentes conditions générales d'utilisation,
- avoir pris connaissance et accepte la politique de protection des données personnelles du Service.

Précision sur les données saisies : Le Bénéficiaire communique ses données personnelles sous son entière responsabilité et son entier contrôle et s'engage à communiquer des informations complètes, exactes et actualisées, et à ne pas usurper l'identité d'un tiers, ni à masquer ou modifier son âge.

Dans l'hypothèse où il communiquerait des informations fausses, inexacts, trompeuses, incomplètes ou périmées, Auxia Assistance se réserve la possibilité de suspendre ou de refuser l'accès du Bénéficiaire, sans préavis ni indemnité, de façon temporaire ou définitive, à tout ou partie du Service.

Information et aide à l'orientation dans le parcours de soins : Le Bénéficiaire fait une demande de rendez-vous avec un médecin généraliste téléconsultant. Le Bénéficiaire patiente dans une salle d'attente virtuelle et est mis en contact avec un médecin généraliste.

Les informations communiquées sont strictement indicatives. Elles ne sauraient donc remplacer en tout ou partie, les conseils, diagnostics, traitements ou recommandations fournis par un diagnostic réalisé lors d'une consultation en physique. Les informations tendent à être scientifiquement exactes, fiables et pertinentes au moment de leur diffusion. Néanmoins, l'Assisteur et l'Opérateur de service ne sauraient être tenus responsables de l'interprétation ou de l'utilisation par le Bénéficiaire des informations ainsi délivrées.

Téléconsultation médicale : La téléconsultation médicale délivrée par un Médecin téléconsultant est réalisée par visioconférence. A cette occasion, le Médecin généraliste téléconsultant pourra délivrer une Prescription médicale sous sa responsabilité et s'il l'estime approprié compte tenu de la situation du Bénéficiaire. La Prescription médicale est accessible par le Bénéficiaire en téléchargement sous format PDF sur son compte utilisateur. Sur demande expresse du Bénéficiaire, le compte-rendu de la téléconsultation médicale pourra être adressé par courrier postal à son médecin traitant. A l'issue de la téléconsultation médicale, un compte-rendu est établi par le Médecin téléconsultant et déposé sur le compte utilisateur du Bénéficiaire.

Restrictions d'accès au service de téléconsultation

Les exclusions déjà prévues dans le contrat d'assistance d'AUXIA ASSISTANCE sont applicables au Service de téléconsultation.

En plus de ces exclusions, les situations suivantes sont exclues du Service :

Dans de telles situations, le Professionnel de santé informe le Bénéficiaire et lui expose les motifs de l'impossibilité de lui délivrer le Service.

Informations complémentaires

Le Bénéficiaire est informé, que son consentement sera systématiquement recueilli à chaque utilisation du Service, que ce soit :

- la réalisation d'une téléconsultation en ce qu'elle constitue des actes de télémédecine,
- l'échange et le partage de ses données entre les Professionnels de santé participant à la fourniture du service de téléconsultation dans le cadre du Service, et appartenant à une équipe de soins,
- l'échange de ses données avec son médecin traitant, pour l'envoi de son compte-rendu de téléconsultation, le cas échéant.

Le Bénéficiaire est informé qu'à tout moment et gratuitement, il a la possibilité de retirer son consentement par mail à l'adresse :

dpo@cegedim-sante.com et par courrier à l'adresse du service : CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau – 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT.

Le cas échéant, le Bénéficiaire reconnaît en particulier qu'il ne pourra plus bénéficier du Service à compter du retrait de son consentement.

Les définitions

Lorsqu'ils commencent par une majuscule, les termes ci-après définis ont le sens et la portée donnés dans leur définition dans le cadre de la conclusion et de l'exécution des présentes conditions générales d'utilisation.

CGU : désigne les présentes conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale.

Contenu : désigne l'ensemble des fonctionnalités et plus largement tout élément existant au sein du Service.

Données de santé : désigne toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne. La donnée médicale fait partie des Données personnelles de santé.

Données personnelles : désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un prénom, un numéro de contrat d'un organisme de Malakoff Humanis, un numéro de téléphone, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Médecin : désigne le docteur en médecine générale inscrit auprès de l'Ordre des médecins, exerçant en France, et missionné par l'Opérateur de Service pour la délivrance du Service de Téléconsultation Médicale au sens de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.

Prescription médicale : désigne les formulations par le Médecin concernant la prise de médicaments et autres produits de santé ou le besoin de traitements médicaux complémentaires, prenant la forme d'une ordonnance au sens des dispositions du code de la santé publique.

Professionnel de santé : désigne les Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat ainsi que les Médecins téléconsultants participant à la délivrance des Services de Téléconsultation Médicale dans les limites de leurs compétences respectives.

- Les situations d'urgence médicale,
- Les situations nécessitant un examen physique du bénéficiaire,
- Les demandes de téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- Le suivi de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois,
- Les prescriptions d'arrêt de travail et de certificat médical,
- Les demandes de second avis médical,
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement (inférieur à 7 jours),
- Les prescriptions de traitement supérieur à 7 jours,
- Les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte, soumis à accord préalable, d'exception et de stupéfiants,
- Les prescriptions de préparations magistrales ou officielles.

Réglementation : désigne toute réglementation applicable aux Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Responsable de traitement : désigne la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre.

Service : désigne le service de téléconsultation médicale.

Site : désigne le Site Internet accessible permettant l'accès et la mise en œuvre du Service de téléconsultation médicale.

Le cadre juridique / Responsabilité

Responsabilité du bénéficiaire : le bénéficiaire est pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du service - en particulier de l'utilisation des informations dont il bénéficie dans ce cadre ainsi que de l'exactitude de l'ensemble des informations qu'il communique dans le cadre du Service dans les conditions de droit commun.

En aucun cas, l'Opérateur de Service n'est en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence (notamment sur les plans scientifique, médical ou sanitaire) des données ou informations communiquées par le bénéficiaire.

Le bénéficiaire s'engage à valider l'adéquation du Service à ses besoins. Le Bénéficiaire reconnaît qu'il prend seul toute décision fondée sur le Service, le cas échéant, et que l'Opérateur de Service n'intervient pas dans le cadre de la gestion d'une situation d'urgence médicale.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

De manière générale, le Bénéficiaire s'engage à utiliser le Service dans le respect des présentes CGU, des lois, Règlementation et droits des tiers ; de manière loyale et conformément à sa destination.

En cas de non-respect d'une ou plusieurs dispositions des présentes CGU, la délivrance du Service au Bénéficiaire, pourra être, unilatéralement, de plein droit et sans préavis, temporairement ou définitivement suspendue.

Responsabilité de l'opérateur de service et de l'assistant

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service s'engagent au titre d'une obligation de moyens dans le cadre de la mise à disposition du Service fourni dans les limites définies aux présentes CGU.

Responsabilité et déontologie des professionnels de santé

Les Professionnels de santé intervenant dans le cadre du Service sont soumis au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Le Service ne contrevient aucunement à l'une quelconque des obligations déontologiques s'imposant aux Professionnels de santé, en particulier : le principe d'indépendance, du libre choix du patient, ou encore le principe d'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité, notamment en faveur d'un professionnel de santé.

Les Professionnels de santé, chacun en ce qui les concerne, sont intégralement et exclusivement responsables des informations, conseils, orientations et décisions qu'ils donnent au Bénéficiaire dans le cadre de l'utilisation par ce dernier du Service, conformément aux obligations légales, réglementaires et déontologiques qui président à l'exercice de leurs activités professionnelles. Dans le cadre d'une communication à distance, les Professionnels de santé ne sont pas en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence des informations communiquées par le Bénéficiaire. A ce titre et dans le cas de transmission d'informations erronées par le Bénéficiaire, leur responsabilité ne pourra être engagée.

Force majeure

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service ne seront pas tenus responsables de toute inexécution ou retard dans l'exécution du Service, causés par des événements hors de leur contrôle qui ne pouvaient être raisonnablement prévus et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, et empêchant l'exécution de leurs obligations au sens de la définition légale figurant à l'article 1218 du Code civil.

Secret médical

Le bénéficiaire du service de téléconsultation acquiert la qualité de patient et l'ensemble des données de santé recueillies ou produites à l'occasion de sa prise en charge sont soumises au secret médical.

À ce titre, les mesures de sécurité conformes aux exigences légales et réglementaires en vigueur sont déployées aux fins d'assurer la protection des données de santé à caractère personnel qui seront transmises par le Bénéficiaire aux Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat et Médecins du Service.

Les données de santé communiquées par le bénéficiaire sont destinées exclusivement aux Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat, aux Médecins, aux personnels strictement habilités de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

Protection des données à caractère personnel

Au regard de la Réglementation en matière de protection des Données, il est précisé que :

- AUXIA ASSISTANCE est Responsable de traitement au titre de la délivrance mise à disposition du Service de téléconsultation médicale, tel que décrit aux présentes ;
- TBNO Invest a la qualité de Responsable de traitement au titre de la délivrance réalisation des actes de téléconsultation médicale délivrés par les Professionnels de santé qu'elle salarie.

Le Service est destiné à permettre aux bénéficiaires consentants de bénéficier de consultation médicale à distance en lien avec leur état de santé. La mise en œuvre du Service nécessite la collecte et le traitement de Données à caractère personnel au sens de la Réglementation susmentionnée.

Le bénéficiaire est informé que les Données personnelles le concernant collectées et traitées dans le cadre du Service sont nécessaires à la fourniture des fonctionnalités du Service. A défaut, le bénéficiaire ne pourra pas accéder au Site ni bénéficier du Service.

Le bénéficiaire ne peut utiliser le Service qu'après avoir émis un consentement exprès et préalable au titre du traitement de ses Données de santé par le biais d'une case à cocher spécifique qui lui est proposée au moment de la création du compte.

L'attention du bénéficiaire est attirée sur la sensibilité de ses Données de santé, couvertes par le secret médical qui s'impose aux professionnels de santé et dont l'utilisation par des personnes mal intentionnées est potentiellement susceptible de lui être dommageable.

Les Données personnelles de l'Utilisateur sont strictement destinées :

- à AUXIA ASSISTANCE, et ce uniquement pour les données administratives et d'identification de l'Utilisateur afin de permettre la vérification de son éligibilité au Service ;
- aux Professionnels de santé délivrant le Service dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical ;
- aux chargés d'assistance spécifiquement habilités participant au Service de téléconsultation et dans le respect de leurs missions de gestion administrative ;
- aux membres du personnel des prestataires techniques et des sous-traitants de TBNO Invest spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ;
- aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés...).
- au personnel strictement habilité de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

L'Opérateur de Service garantit au bénéficiaire que ses Données personnelles ne seront transmises à aucun tiers non autorisé, sans son accord. En particulier, le bénéficiaire est informé que ses Données de santé ne sont en aucun cas transmises à AUXIA ASSISTANCE.

Le bénéficiaire est informé que conformément à l'article 17 du RGPD et afin de permettre à TBNO de se défendre en cas de litige, les données générées par l'utilisation des Services seront conservées dans un délai de 5 ans à compter de la clôture du compte. En revanche, les données de santé du patient sont conservées pendant la durée demandée par le Responsable de Traitement. Elles seront susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, **dans le respect de l'anonymat du bénéficiaire.** Conformément à la Réglementation, le bénéficiaire est titulaire d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des Données personnelles le concernant.

Dans la limite des modalités légales, le bénéficiaire dispose d'un droit à la portabilité des Données personnelles qu'il a fournies et du droit de décider du sort de ses données après sa mort. Le bénéficiaire peut également faire valoir son droit de limitation et son droit d'opposition selon les modalités légales. Enfin, il dispose du droit de retirer son consentement à tout moment. Le bénéficiaire peut exercer ses droits, directement auprès de l'Opérateur du Service par mail à l'adresse : dpo@cegedim-sante.com, par courrier à l'adresse du service : CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Toutes les demandes seront étudiées et recevront une réponse dans un délai d'un (1) mois maximum à compter de la réception de la demande. Si la demande est imprécise ou ne comporte pas tous les éléments permettant de procéder aux opérations qui lui sont demandées, il pourra être demandé des éléments complémentaires. De même, il peut être demandé des informations supplémentaires

en cas de doute sur l'identité du demandeur.

Le bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel pour toute question concernant ses Données personnelles. En cas de réclamation relative à la protection des données, il lui est possible, le cas échéant, de saisir la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le bénéficiaire est invité à consulter la politique de protection des Données personnelles du Groupe Malakoff Humanis, accessible via le Site.

L'Opérateur de Service met en œuvre toutes les mesures de sécurité afin de garantir la protection et la sécurité des Données personnelles du bénéficiaire. De manière générale, la préservation de la sécurité du compte utilisateur impose aux bénéficiaires :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification,
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre bénéficiaire et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles,
- d'avertir l'Opérateur de Service de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte.

Les bénéficiaires reconnaissent l'existence de risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre dans le cadre du Service.

L'Opérateur de Service ne saurait être tenu responsable des contraintes techniques qui ne sont pas sous son contrôle et sa responsabilité.

Convention de preuve : Le bénéficiaire reconnaît et accepte, qu'après son authentification via le Site : l'acceptation des présentes CGU, de la politique de protection des Données à caractère personnel et du recueil de son consentement au titre du traitement de ses Données de santé, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil et des articles 1111-25 et suivants du code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base de l'usage d'un mot de passe/login, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.

En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de l'Opérateur de Service, le bénéficiaire ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve. Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par l'Opérateur de Service dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit. Le bénéficiaire est informé et reconnaît que toute ordonnance générée dans le cadre du Service repose sur une signature électronique simple, émise sur la base d'un procédé fiable d'identification défini par convention avec les Médecins téléconsultants garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache et l'intégrité des données matérialisées. Le bénéficiaire est informé et reconnaît que la convention de preuve portant sur les ordonnances lui est opposable et accepte, qu'après l'authentification du Médecin généraliste, toute manifestation de sa volonté pour l'émission des comptes rendus et des ordonnances en cas de Prescriptions, reposent sur une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil, et manifeste l'accord du Médecin généraliste en caractérisant sa preuve.

Documents contractuels

Les CGU ainsi que la politique de protection des Données à caractère personnel constituent les dispositions contractuelles encadrant l'utilisation du Service.

Si une disposition des présentes CGU était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'en affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des CGU qui resteraient valides et en vigueur. Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGU ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGU.

Entrée en vigueur et acceptation des CGU

Les présentes CGU entrent en vigueur sans réserve à compter 1er janvier 2025 et s'appliquent durant toute la durée de l'utilisation du Service. De manière générale, l'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait que l'utilisation du Service emporte acceptation des présentes CGU et des règles d'accès au Site.

Le bénéficiaire est invité à lire attentivement les présentes CGU. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment sur le Site ainsi que la politique de protection des Données personnelles associée. Auxia Assistance et l'Opérateur de Service se réservent le droit de faire évoluer le Service. Des modifications techniques pourront intervenir sans préavis.

Résiliation de l'accès au service de téléconsultation

Le bénéficiaire accepte que l'Opérateur de Service résilie immédiatement son accès au Service de téléconsultation sans préavis, ni mise en demeure, ni indemnité de quelque nature que ce soit, à l'échéance de son contrat d'assurance santé ouvrant au Service de téléconsultation, ou en cas de manquement à l'une quelconque des obligations décrites aux présentes CGU, ou à la législation en vigueur.

Sans limitation de ce qui précède, sont susceptibles de fonder une résiliation de l'accès du bénéficiaire au Service de téléconsultation :

Les infractions ou violations des présentes CGU ;

- Le non-respect d'une disposition légale ou réglementaire en vigueur ;
- Toute attitude ou propos indécent ou irrespectueux dans le cadre de l'utilisation du Service de téléconsultation ;
- Une tentative d'accès au Service de téléconsultation non autorisée, par une utilisation frauduleuse du système ou par une usurpation des éléments d'authentification ;
- Un empêchement définitif du bénéficiaire.

En cas de résiliation du contrat d'assurance du bénéficiaire lui permettant d'accéder au Service de téléconsultation médicale, l'accès au Service cessera à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance susvisé. Une fois le Service résilié, le bénéficiaire conservera un accès au Site. Il pourra ainsi retrouver l'historique de son activité sur le Site dans la limite des délais de conservation (prise de rendez-vous, téléconsultation sans RDV, documents).

Information et réclamation : Toute demande de renseignement, d'information ou réclamation relative au Service et aux présentes CGU doit être adressée par courrier postal à : TBNO INVEST 137 rue d'Aguesseau 92100 Boulogne Billancourt. Le service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Loi applicable et attribution de juridiction : Tout litige relatif au Service sera soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. Les présentes CGU sont soumises à la loi française.

III. Protection juridique

L'OBJET DES PRESENTES CONDITIONS GENERALES

Le présent document constitue les conditions générales du produit « PROTECTION JURIDIQUE SANTE - AUXIA » (dénommé ci-après par « le Contrat ») :

- Souscrit par GIE AUXIA GESTION, Groupement d'Intérêt Economique, ayant son siège social 21 rue Laffitte – 75009 PARIS, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le numéro 420 531 139 (dénommée ci-après par « le Souscripteur »), agissant au nom et pour le compte de ASSUR ECLERC,
- Auprès de CFPD ASSURANCES, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 (dénommée ci-après par « l'Assureur »),
- Par accord-cadre n° 02AUXIA001.

Le Contrat consiste « à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi » (article L127-1 du Code des Assurances).

Le Contrat est régi par le Code des Assurances et les présentes conditions générales. L'évènement qui déclenche sa mise en œuvre ne doit pas être connu de vous lors de la prise d'effet de votre adhésion au Contrat. En l'absence d'aléa, la garantie ne vous est pas due.

LES DEFINITIONS PROPRES A L'ANNEXE PROTECTION JURIDIQUE

L'Adhérent : L'assuré du contrat d'assistance réservé aux adhérents du Club Avantage Plus proposé par STARDATA.

Vous ou l(es) Assuré (s) : Les bénéficiaires sont :

- L'Adhérent,
- Son conjoint :
 - ✓ L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
 - ✓ Ou le partenaire pacsé (personne liée par un pacte civil de solidarité au participant (PACS) non dissous et non rompu),
 - ✓ Ou le concubin (personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'Assuré pendant une durée d'au moins deux ans). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'Assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un, ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.
- Les enfants âgés de moins de 16 ans (au jour de la mise en œuvre de la garantie), fiscalement à la charge de l'Assuré et vivant sous le même toit,

Le Tiers : Toute personne autre que l'Adhérent, l'Assuré, le Souscripteur ou l'Assureur.

Le Fait Générateur : Evènement ou fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation.

En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par l'Assuré est susceptible d'être réprimé par la loi.

Le Litige : Une situation conflictuelle opposant l'Assuré à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

Le Refus : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

Le Sinistre : Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont l'Assuré est l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

Le Caractère Aléatoire : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

La Déchéance du Droit à Garantie : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l'Assuré.

La Prescription : La perte de la possibilité de faire valoir un droit lorsqu'il n'a pas été exercé dans le délai imparti.

Pour mieux identifier les termes relevant des définitions contractuelles, ils seront employés avec une majuscule dans les présentes.

LES PRESTATIONS DE L'ASSUREUR

Le recours en cas d'atteinte à l'intégrité : Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre du Tiers responsable de votre préjudice.

Le recours médical et pharmaceutique : A l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux, Vous êtes victime :

- D'une erreur médicale, paramédicale ou pharmaceutique,
- D'une erreur de délivrance,
- D'un retard ou d'une erreur de diagnostic,
- D'une infection nosocomiale,
- Ou d'un défaut de conseil d'un praticien,
- Et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :
- Un établissement de soins, public ou privé,
- Un professionnel de santé,
- Ou l'ONIAM.

Le recours administratif : Vous êtes victime d'un accident, d'une agression ou êtes malade et rencontrez des difficultés pour faire valoir ou respecter vos droits avec :

- Les services publics ou privés gestionnaires des régimes de sécurité sociale,
- Une MDPH, la CNSA,
- Ou avec les compagnies d'assurances ou les établissements bancaires dans le cadre de l'exécution d'une garantie emprunteur.

LES EXCLUSIONS

L'assureur ne prend jamais en charge les litiges :

- Ne relevant pas des garanties expressément définies à l'article 3 ci-dessus,
- Trouvant leur origine dans une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, une rixe, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme,
- Dont le fait générateur est antérieur et connu de vous à la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou qui présente un caractère non aléatoire,
- En rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales, contractuelles ou incontestables,
- Découlant d'une faute ou d'un acte frauduleux ou dolosif que vous avez commis volontairement contre les biens et les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables ou nuisibles,
- Garanties par une compagnie d'assurance dommages ou responsabilité, et ceux relevant du défaut de souscription par vous d'une assurance obligatoire,
- Résultant de l'inexistence d'un document à caractère obligatoire, de son inexactitude délibérée ou de sa non-fourniture dans les délais prescrits,
- Survenant lorsque vous êtes sous l'empire d'un état alcoolique, ou sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque vous refusez de vous soumettre à un dépistage,
- Relevant de risques sériels, ou relatifs à une affection liée à l'amiante ou aux prions, ou faisant suite à des expériences médicales ou biomédicales,
- Relatifs aux relations avec l'employeur, outre ceux relevant des accidents du travail, maladies professionnelles ou de l'exécution au sens large du contrat de travail, en ce compris l'application des dispositions conventionnelles (convention collectives nationales, accords collectifs...),
- Relatifs aux emplois familiaux.

L'assureur ne prend jamais en charge :

- Les frais engagés sans son accord préalable, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
- Toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautions, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- Les frais de rédaction d'actes et de contrats,
- Les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
- Les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
- Les frais exposés au titre de mesures conservatoires ou engages à votre initiative,
- Les dépens et frais de justice exposés par la partie adverse que vous devez supporter par décision judiciaire, ou que vous avez accepté de prendre en charge dans le cadre d'un protocole d'accord, une procédure participative, un arbitrage ou une médiation
- Les sommes au paiement desquelles vous êtes condamné au titre des articles 700 du code de procédure civile, 375 et 475-1 du code de procédure pénale, 1761-1 du code de justice administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères,
- Les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- Les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice
- Les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- Les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice.

LES SERVICES DE L'ASSUREUR

L'assistance juridique téléphonique : Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français, sauf les domaines relatifs aux relations avec l'employeur, outre ceux relevant des accidents du travail, maladies professionnelles ou de l'exécution au sens large du contrat de travail, en ce compris l'application des dispositions conventionnelles (Conventions collectives nationales, accords collectifs...)

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- Répondre à vos interrogations,
- Vous informer sur vos droits,
- Vous proposer des solutions concrètes,

- Envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

Que faire en cas de besoin ? Contactez l'Assureur sur votre ligne dédiée : 09 86 86 10 05 (coût d'un appel local). Le service est accessible de 09H00 à 18H00, du lundi au vendredi (sauf jours fériés).

L'accueil sur rendez-vous au plus proche de vous : sur simple demande, il Vous sera possible de rencontrer nos juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire ; il Vous suffit de contacter votre interlocuteur afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

La gestion amiable de vos litiges : A la suite d'une déclaration de Sinistre garanti par le Contrat, l'Assureur :

- Vous conseille et Vous accompagne dans les démarches à entreprendre,
- Vous assiste dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aide à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- Intervient directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous fait assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- Prend en charge, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous propose une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans les trois (3) jours ouvrables.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- Six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
 - Ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.
- A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :
- De poursuivre la tentative de résolution amiable,
 - De transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
 - D'abandonner le recours.

En cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne bien évidemment jusqu'à sa mise en œuvre effective.

La prise en charge des frais de procédure judiciaire : Dans tous les cas, lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il vous appartient, selon les intérêts en jeu, de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente. Lorsque vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre, vous représentez ou servir vos intérêts, vous avez la liberté de le choisir. Si vous n'en connaissez pas, vous pouvez vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

L'Assureur vous garantit le remboursement dans la limite des montants contractuels garantis :

- Des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- Des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- Des frais de commissaire de justice pour la signification des actes,
- Des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

Le suivi jusqu'à la parfaite exécution : Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un commissaire de justice territorialement compétent.

L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de ce commissaire de justice dans la limite des montants contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- En cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par commissaire de justice,
- En cas d'incarcération de votre débiteur,
- En cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- Lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

LES MONTANTS CONTACTUELS GARANTIS

Les montants et plafonds de prise en charge :

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT		En € TTC
PHASE AMIABLE		
Démarches amiables		
Intervention amiable		100
Protocole de transaction		340
Consultation & expertise		
Consultation d'expert ou de spécialiste		390
Expertise amiable contradictoire		1 120
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)		
Procédure participative		560
Médiation conventionnelle ou judiciaire		
Arbitrage		
PHASE JUDICIAIRE		
Assistance		
Assistance préalable à procédure pénale		390
Assistance à une instruction		
Assistance à expertise judiciaire comprenant la rédaction des dires (forfait par réunion)		
Commissions ou juridictions de première instance		
Démarche au Parquet (forfait) / Saisine du SARVI (forfait)		130
Commissions diverses (y compris CIVI, ONIAM...) / Conseil de l'ordre		560
Ordonnance sur requête (forfait)		450
Référé		670
Référé d'heure à heure		840
Tribunal de police		560*
Tribunal Correctionnel (y compris renvoi sur intérêts civils)		900*
Tribunal / Chambre de proximité		840*
Tribunal Judiciaire / Tribunal Administratif / Autres juridictions du 1er degré		1 120*
Incidents d'instance et demandes incidentes		670
Cours ou juridictions de recours		
Cour ou juridiction d'appel		1 820*
Recours devant le premier Président de la Cour d'appel		560
Cour de cassation / Conseil d'Etat / Cour d'Assises (y compris renvoi sur intérêts civils)		2 100*
Autres juridictions		
Juridictions européennes (CJUE, CEDH) / Juridictions monégasques ou andorranes		1 120*
Juge de l'exécution / Juge de l'exéquat		670
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUILS D'INTERVENTION		En € TTC
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco)		25 000
Dont plafond pour : Démarches amiables		560
Expertises judiciaires		5 500
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco)		2 800
Seuils d'intervention :		aucun
Franchise :		aucune

* maximum des engagements par juridiction

Les modalités de prise en charge : Les montants ci-dessus comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, de traduction... ...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée et le remboursement interviendra toutes taxes comprises au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée. Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention, même en cas de renvoi d'audience.

La subrogation : Les indemnités qui pourraient vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

LA DECLARATION DE SINISTRE

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur :

- La description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- Les éléments établissant la réalité du préjudice que vous alléguiez,
- Les coordonnées de votre adversaire,
- CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA NOTICE D'INFORMATION N°33551 Garantie frais de santé sur mesure 37

▪ Et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où vous en avez eu connaissance.

En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ; néanmoins, l'Assureur ne vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

Comment contacter l'Assureur ? Par courrier à : CFDP Assurances – Gestion Auxia – 54 cours du Médoc – 33300 BORDEAUX et par mail à : auxia@cdfp.fr

L'APPLICATION DES GARANTIES

L'application dans le temps

La durée des garanties :

Les garanties sont dues sans délai de carence pour toute la durée de votre adhésion.

Elles sont dues pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de votre adhésion au Contrat, à condition que Vous n'ayez pas connaissance du Fait Générateur avant l'adhésion.

Elles prennent fin en cas de :

- Perte de la qualité d'Adhérent au titre du Contrat, pour quelque raison que ce soit,
- Résiliation du contrat liant le Souscripteur à Assur-Eclerc,
- Résiliation du Contrat lui-même, le Souscripteur s'engageant alors à vous informer de la fin des garanties.

La Prescription :

La Prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi. Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- Ou en cas de Sinistre, que du jour où les Assurés 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 ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. 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, ou d'un envoi électronique recommandé, avec accusé de réception adressé :

- Par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,

- Et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L114-2 du Code des Assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la Prescription sont :

- La demande en justice,
- L'acte d'exécution forcée,
- Et la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'application dans l'espace

Les garanties s'exercent conformément aux modalités prévues à l'article 5 en France ainsi qu'en Principautés d'Andorre et de Monaco.

Dans les autres pays du Monde, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure judiciaire à hauteur du plafond de prise en charge spécifique pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

LA PROTECTION DE VOS INTERETS

Le secret professionnel (article L127-7 du Code des Assurances) : Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel. Aucune information à caractère personnel ou permettant votre identification ne sera communiquée, sauf celle qui devrait l'être afin de respecter les obligations légales et réglementaires afférentes à l'activité de l'Assureur.

L'obligation de désistement : Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

L'examen de vos réclamations : Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel :

Une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation. Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée par oral ou par écrit auprès de votre interlocuteur habituel, ou auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

- En remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposerune-reclamation>,
- Par courrier à : CFDP Assurances – Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- Ou par mail à : relationclient@cdfp.fr,
- A compter de la date d'envoi de la réclamation, l'Assureur s'engage :

- A en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables,
 - Et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.
 - Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de la réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance :
 - Par Internet à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur/>,
 - Ou par courrier à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09.
- L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur de l'Assurance.

Le désaccord ou l'arbitrage (article L127-4 du Code des Assurances) : En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

Le conflit d'intérêts (article L127-5 du Code des Assurances) : En cas de conflit d'intérêts entre vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez :

- Du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre,

▪ Et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

La protection des données : Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles : Les données à caractère personnel sont collectées directement par l'Assureur, ou indirectement pour son compte par le Souscripteur. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion au Contrat). Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

▪ A l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale, informations relatives à la formation et à l'emploi, données de santé lorsque cela est nécessaire, données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),

▪ A l'utilisation des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

▪ Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat.

▪ Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

▪ Dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),

▪ Pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),

▪ Pour le traitement des réclamations clients,

▪ Plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,

▪ Ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

▪ Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec vous est le Souscripteur.

▪ Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

▪ La base juridique du traitement de vos données est fondée :

▪ Soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,

▪ Soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

▪ Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

▪ Le Souscripteur,

▪ Les intermédiaires en assurance,

▪ Les gestionnaires des souscripteurs,

▪ Les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),

▪ Les organismes professionnels,

▪ Les organismes d'assurance des personnes impliquées,

▪ Et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles : Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne. A ce jour, l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne.

Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles : Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (Prescriptions légales). Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection : Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande par courrier à : CFDP Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, ou par mail à : dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail ; l'Assureur pourra être amené à Vous demander également de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL par téléphone au : 01 53 73 22 22, par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 03 place de Fontenoy - 75007 PARIS ou par Internet à l'adresse suivante :

<https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Sécurité : L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel. (Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Politique de confidentialité » de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/politique-de-confidentialite>)

L'opposition au démarchage : Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, ou de la part d'un professionnel avec lequel vous avez une relation contractuelle préexistante mais pour des sollicitations n'ayant pas de rapport avec l'objet du contrat, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 – 41013 BLOIS cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>

L'autorité de contrôle : L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

AUXIA : Entreprise régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - SA au capital de 76 768 655 € - 422 088 476 RCS Paris • AUXIA Assistance : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 siège social au 21, rue Laffitte - 75009 Paris • Les Intermédiaires d'assurance distributeurs du contrat sont : STARDATA SAS - RCS de PARIS 811 143 445 - capital de 10 500 euros, siège social au 25 rue Pierre Nicole, 75005 Paris - N°ORIAS 18002134 mandatée par la société de droit espagnol, Wunschurlaub S.L. dont le siège est basé Avda. Moya 6 C.C. Eurocenter Local 177 / Planta 4 E- 35100 Maspalomas, inscrite au registre du commerce à Las Palmas Hoja : Empresa ZEC - N° d'enregistrement 0209 - AV IC 90 qui exploite l'enseigne CLUB AVANTAGES PLUS.

Garanties Blessures Club Avantage Plus (réf N°2025 AVPB-1)

Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) – Garantie Principale (Forfait Blessure)

Compagnies d'assurance : AUXIA et AUXIA Assistance

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat est destiné à garantir le versement d'une indemnité forfaitaire au souscripteur en cas de blessures survenant au cours d'un accident de la voie publique entraînant une hospitalisation et proposer des services d'assistance spécifiques.



Qu'est-ce qui est assuré ?

La blessure consécutive à un accident de la voie publique

L'accident de la voie publique c'est tout accident impliquant au moins un véhicule, survenant sur une voie ouverte à la circulation publique

Le montant de la garantie est forfaitaire : 400 € par accident de voie publique entraînant une hospitalisation.



Ou suis-je couvert ?

Vous êtes couvert pour tout accident consécutif à un accident de la voie publique survenant en France.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Tout accident non consécutif à un accident de la voie publique.

Tout accident consécutif à un accident de la voie publique n'entraînant pas une hospitalisation.



Y a-t-il des Exclusions à la couverture ?

- votre participation active à une rixe (sauf légitime défense), un crime, un délit,
- un acte de terrorisme ou de sabotage ;
- une guerre, une insurrection ou une émeute ;
- une tentative de suicide



Quelles sont mes obligations ?

- A l'affiliation
L'assuré consent à l'opération d'assurance après avoir consulté la notice d'information
- En cours de contrat
L'assuré informe les services de l'assureur en cas de modification administrative
Le souscripteur (STARDATA) du contrat collectif règle les cotisations selon les modalités prévues au contrat
- En cas d'accident de la voie publique entraînant une blessure nécessitant une hospitalisation
L'assuré, ou un de ses proches, déclare l'événement auprès de l'assureur dans un délai de 30 jours suivant l'accident
L'assuré, ou un de ses proches, fournit tous les documents justificatifs nécessaires au versement de l'indemnité forfaitaire selon les modalités et les délais prévus au contrat



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Début du contrat : La couverture commence au premier jour qui suit l'adhésion de l'assuré au contrat collectif souscrit par Stardata
- Droit de renonciation au contrat : Tout assuré peut renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires à compter de l'adhésion.
- Fin du contrat : La couverture prend fin au premier jour qui le terme de l'adhésion ou le terme du contrat collectif souscrit par Stardata



Comment puis-je résilier mon contrat ?

La résiliation à l'adhésion au Club Avantage Plus met fin à la garantie. Vous devez vous reporter aux conditions générales de votre adhésion au Club Avantage Plus remises lors de votre adhésion au Club.

Garanties Blessures Club Avantage Plus (réf N°2025 AVPB-1)

Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) – Assistance et Téléconsultation

Compagnies d'assurance : AUXIA Assistance

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat est destiné à garantir le versement une indemnité forfaitaire au souscripteur en cas de blessures survenant au cours d'un accident de la voie publique entraînant une hospitalisation et proposer des services d'assistance spécifiques en cas de blessure



Qu'est-ce qui est assuré ?

L'immobilisation imprévue, l'hospitalisation programmée ou imprévue.

Vous bénéficiez d'aides spécifiques pour vous épauler et faciliter votre retour à domicile **comme une aide-ménagère, la garde de vos enfants, leur conduite à l'école, du soutien scolaire à domicile, la prise en charge des ascendants dépendants, la livraison de médicaments...***

Vous bénéficiez également d'un **service de téléconsultation médicale** pour vous offrir un accès rapide à des professionnels de santé sans vous déplacer.



Ou suis-je couvert ?

Vous êtes couvert pour tout accident consécutif à un accident de la voie publique survenant en France.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Toutes les interventions et services non prévus dans au contrat.



Y a-t-il des Exclusions à la couverture ?

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),
- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- La tentative de suicide du Bénéficiaire,
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.



Quelles sont mes obligations ?

- A l'affiliation
L'assuré consent à l'opération d'assurance après avoir consulté la notice d'information
- En cours de contrat
L'assuré informe les services de l'assureur en cas de modification administrative
Le souscripteur (STARDATA) du contrat collectif règle les cotisations selon les modalités prévues au contrat
- En cas d'accident de la voie publique entraînant une blessure nécessitant une hospitalisation
L'assuré, ou un de ses proches, déclare l'événement auprès de l'assureur dans un délai de 30 jours suivant l'accident
L'assuré, ou un de ses proches, fournit tous les documents justificatifs nécessaires au versement de l'indemnité forfaitaire selon les modalités et les délais prévus au contrat



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Début du contrat : La couverture commence au premier jour qui suit l'adhésion de l'assuré au contrat collectif souscrit par Stardata
- Droit de renonciation au contrat : Tout assuré peut renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires à compter de l'adhésion.
- Fin du contrat : La couverture prend fin au premier jour qui le terme de l'adhésion ou le terme du contrat collectif souscrit par Stardata



Comment puis-je résilier mon contrat ?

La résiliation à l'adhésion au Club Avantage Plus met fin à la garantie. Vous devez vous reporter aux conditions générales de votre adhésion au Club Avantage Plus remises lors de votre adhésion au Club.

Garanties Blessures Club Avantage Plus (réf N°2025 AVPB-1)

Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) – Protection Juridique

Compagnies d'assurance : AUXIA Assistance

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat est destiné à garantir le versement une indemnité forfaitaire au souscripteur en cas de blessures survenant au cours d'un accident de la voie publique et proposer des services d'assistance spécifiques ainsi que des services d'accompagnement juridique.



Qu'est-ce qui est assuré ?

La prise en charge de frais de procédure ou la fourniture de services, en cas de différends ou de litiges vous opposant à un tiers. *

Vous bénéficiez d'une protection juridique pour :

- Des recours en cas d'atteinte à votre intégrité physique et ou morale
- Des recours médicaux et pharmaceutiques
- Des recours administratifs*



Ou suis-je couvert ?

Vous êtes couvert pour tout accident consécutif à un accident de la voie publique survenant en France.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

La prise en charge des frais de procédure ou services non prévus au contrat.



Y a-t-il des Exclusions à la couverture ?

- Les frais engagés sans accord préalable, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
- Toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautions, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- Les frais de rédaction d'actes et de contrats,
- Les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
- Les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
- Les frais exposés au titre de mesures conservatoires ou engagés à votre initiative,
- Les dépenses et frais de justice exposés par la partie adverse que vous devez supporter par décision judiciaire, ou que vous avez accepté de prendre en charge dans le cadre d'un protocole d'accord, une procédure participative, un arbitrage ou une médiation.
- Les sommes au paiement desquelles vous êtes condamné au titre des articles 700 du code de procédure civile, 375 et 475-1 du code de procédure pénale, 1761-1 du code de justice administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères,
- Les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- Les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice
- Les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,



Quelles sont mes obligations ?

- A l'affiliation
L'assuré consent à l'opération d'assurance après avoir consulté la notice d'information
- En cours de contrat
L'assuré informe les services de l'assureur en cas de modification administrative
Le souscripteur (STARDATA) du contrat collectif règle les cotisations selon les modalités prévues au contrat
- En cas d'accident de la voie publique entraînant une blessure nécessitant une hospitalisation
L'assuré, ou un de ses proches, déclare l'événement auprès de l'assureur dans un délai de 30 jours suivant l'accident
L'assuré, ou un de ses proches, fournit tous les documents justificatifs nécessaires au versement de l'indemnité forfaitaire selon les modalités et les délais prévus au contrat

*Voir conditions prévues au contrat dans votre Notice d'information



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Début du contrat : La couverture commence au premier jour qui suit l'adhésion de l'assuré au contrat collectif souscrit par Stardata
- Droit de renonciation au contrat : Tout assuré peut renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires à compter de l'adhésion.
- Fin du contrat : La couverture prend fin au premier jour qui le terme de l'adhésion ou le terme du contrat collectif souscrit par Stardata



Comment puis-je résilier mon contrat ?

La résiliation à l'adhésion au Club Avantage Plus met fin à la garantie. Vous devez vous reporter aux conditions générales de votre adhésion au Club Avantage Plus remises lors de votre adhésion au Club.