



PROTECTION
JURIDIQUE

PROTECTION JURIDIQUE SANTE DES ADHERENTS DE LA MUTUELLE ENTRAIN TITULAIRES D'UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE DE LA GAMME YSO

Notice d'information
Conditions Générales n° 43/2020
Contrat n° 8 591 901

I – PRESENTATION DU CONTRAT

■ DEFINITIONS

Article 700 du Code de Procédure Civile, 475-1 du Code de Procédure Pénale et L. 761-1 du Code de Justice Administrative

Ces textes permettent au juge de condamner une partie au procès (l'assuré ou son adversaire) au paiement d'une somme au profit de l'autre partie, en compensation des frais exposés par cette dernière lors du procès et non compris dans les dépens*.

Exemple : les honoraires de l'avocat.

Ayants droits

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

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

1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :

a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;

b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié ;

- ❖ Les ascendants de la famille tels qu'ils sont définis par l'article L 161-1 du code de la Sécurité Sociale :
L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social. Le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Bases juridiques certaines

Le litige repose sur des bases juridiques certaines lorsque la solution résulte de l'application des textes législatifs, réglementaires ou de décisions jurisprudentielles.

Cas fortuit/force majeure

Événement imprévisible, irrésistible et indépendant de la volonté de l'assuré ayant pour conséquence de l'empêcher d'exécuter son obligation.

Exemple : une catastrophe naturelle.

Cyber-harcèlement

Le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés, par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne, et ayant pour objet et pour effet une dégradation des conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale (article 222-33-2-2 du Code pénal)

Dépens

Frais de justice entraînés par le procès et que le gagnant peut se faire rembourser par le perdant (à moins que le tribunal n'en décide autrement).

Exemple : droits, taxes, redevances et émoluments perçus par les secrétariats des juridictions, honoraires des experts, ...

DROM

Département et Régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte et Réunion)

Fait générateur

Événement, fait, situation susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit que l'assuré subit ou cause à un tiers.

Force majeure/cas fortuit

Événement imprévisible, irrésistible et indépendant de la volonté de l'assuré ayant pour conséquence de l'empêcher d'exécuter son obligation.

Exemple : catastrophe naturelle.

Indemnité compensatoire

Somme d'argent destinée à réparer ou compenser un préjudice.

Indice de souscription

Indice en vigueur au jour de la souscription du contrat.

Indice d'échéance

Indice en vigueur au jour de l'échéance du contrat.

Juridiction

Tribunal juridiquement compétent.

STEP-EDU (Janvier 2023)

Litige

Réclamation amiable ou judiciaire faite PAR ou CONTRE l'assuré.

Mesures conservatoires

Mesures destinées à conserver un droit ou un bien.

Plafond de prise en charge des honoraires du mandataire

Ce plafond correspond au remboursement maximum effectué par l'assureur des honoraires réglés par l'assuré à son avocat.

Préavis

Le préavis correspond à la période qui s'écoule obligatoirement entre l'annonce d'une décision et sa mise en application.

Exemple : un préavis de 2 mois suppose donc que l'on avertisse de la décision prise au moins 2 mois avant qu'elle ne prenne effet.

Prescription/prescrit

Perte d'un droit lorsqu'il n'a pas été exercé pendant un temps donné.

Référé

L'action en référé est une procédure judiciaire grâce à laquelle l'assuré peut, dans certaines conditions, obtenir d'un magistrat unique une décision rapide.

Exemple : nomination d'un expert judiciaire.

Seuil d'intervention

Montant minimal du litige au-dessous duquel l'assureur n'intervient pas.

Subrogation/subrogé

Etre subrogé dans les droits et actions d'une personne c'est pouvoir exercer, en son lieu et place, ses droits. Il s'agit donc d'une opération de substitution.

■ LES PARTIES AU CONTRAT

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

Assuré : L'adhérent du souscripteur ayant souscrit une garantie complémentaire santé de la gamme YSO auprès du souscripteur bénéficiaire des garanties comprises au CONTRAT. Les ayants droits de l'adhérent, tels que définis au lexique, bénéficient également de la qualité d'assuré.

Assureur : COVEA PROTECTION JURIDIQUE

Société anonyme à conseil d'administration au capital de 88077090,60 euros entièrement versé
Entreprise régie par le Code des assurances
RCS LE MANS n°442 935 227
Siège social : 160 rue Henri Champion – 72045 LE MANS CEDEX 2

II – DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

■ LES PRESTATIONS DONT BENEFICIE L'ASSURE

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

Le service d'Assistance Téléphonique est accessible du Lundi au samedi (hors jours fériés ou chômés), au numéro 02 43 39 35 05 (numéro non surtaxé).

Les assurés sont accueillis par le message suivant : « Mutuelle ENTRAIN, Assistance Juridique, Bonjour »

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

LA DEFENSE JUDICIAIRE : en l'absence de solution amiable, l'assureur prend en charge le paiement des frais, dépens et honoraires nécessaires à toute action en justice visant à la reconnaissance des droits de l'assuré, la restitution de ses biens ou l'obtention d'une indemnité pour réparation du préjudice subi, sur laquelle l'assuré a donné son accord.

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

L'ACCES A UN SERVICE JURIDIQUE EN LIGNE : l'assureur propose à l'assuré un accès illimité à une plateforme en ligne visant à faciliter son information sur des thématiques juridiques et lui permettant de personnaliser des documents juridiques.

■ FRAIS PRIS EN CHARGE

L'assureur prend en charge dans la limite du plafond de dépenses par litige fixé à 50 000€ :

- le coût des enquêtes, des consultations, des constats des commissaires de justice, **engagés avec son accord préalable**,

- le coût des expertises amiables diligentées avec son accord préalable, dans la limite, pour les expertises médicales, du plafond de dépense spécifié à l'article « Limites de garanties »;
- les dépens, y compris le coût des expertises judiciaires, dans la limite, pour les expertises médicales, du plafond de dépense spécifié à l'article « Limites de garanties »;
- Les frais et honoraires d'avocat ou de toute personne habilitée par les textes pour défendre les intérêts de l'assuré devant toute juridiction, dans la limite des montants prévus à l'annexe « plafond de prise en charge des honoraires du mandataire » référencée 13.

Ne sont jamais pris en charge :

- les condamnations en principal et intérêts,
- les amendes pénales ou civiles et les pénalités de retard,
- les dommages et intérêts et autres indemnités compensatoires,
- les condamnations au titre des articles 700 du Code de procédure civile, 475-1 du Code de procédure pénale, L.761-1 du Code de justice administrative, ou leur équivalent devant les juridictions autres que françaises ;

Ainsi que :

- les frais engagés à la seule initiative de l'assuré pour l'obtention des constats des commissaires de justice, d'expertises amiables, de consultations, ou de toutes autres pièces justificatives à titre de preuves nécessaires à la constitution du dossier, sauf s'ils sont justifiés par l'urgence,
- les frais résultant de la rédaction d'acte,
- les frais de déplacement.

■ LES LITIGES GARANTIS

Sont garantis les litiges qui présentent simultanément les caractéristiques suivantes :

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

■ LES EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Sont toujours exclus les litiges :

- relatifs aux poursuites pénales exercées contre l'assuré devant les Cours d'Assises,
- provoqués de manière intentionnelle ou dolosive par l'assuré ou dont celui-ci se rend complice,
- résultant de poursuites pour délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du Code pénal, ou rixe ; toutefois, si la décision devenue définitive écarte le caractère intentionnel de l'infraction (non-lieu, requalification, relaxe), l'assureur rembourse les honoraires de l'avocat qu'il aura saisi pour le défendre dans la limite du plafond de prise en charge des honoraires du mandataire référencée 13,
- les litiges résultant de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées,
- les litiges opposant les assurés entre eux,
- les litiges opposant le souscripteur à un assuré, sauf disposition prévues à l'article « DOMAINES GARANTIS ».

Ainsi que ceux relatifs :

- à un accident de la circulation, à la conduite sous l'empire d'un état alcoolique ou sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants,
- aux mises en cause de la responsabilité civile de l'assuré et pris en charge au titre d'un autre contrat d'assurance de l'assuré,
- à la matière douanière,
- à la matière fiscale,
- aux défauts de paiement imputables à l'assuré,
- à l'activité professionnelle salariée de l'assuré,
- à l'expression d'opinions politiques, religieuses ou syndicales,
- aux conflits collectifs de travail
- aux statuts d'association, de société civile ou commerciale et à leur application,
- à l'acquisition, la détention, la cession de parts sociales ou de valeurs mobilières,
- à l'acte de cautionnement ou l'aval contracté par l'assuré,
- au droit de la propriété intellectuelle : propriété littéraire et artistique, propriété industrielle,
- aux droits des personnes, au droit de la famille (Livre 1^{er} du Code Civil),
- à l'achat de produits de santé ne bénéficiant pas, au moment du litige, d'une autorisation de mise sur le marché de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ou de toute autre autorité habilitée à délivrer cette autorisation en France métropolitaine et dans les DROM ,
- opposant l'assuré au souscripteur,
- à toute intervention chirurgicale réalisée hors de France métropolitaine et hors des DROM.

■ LA TERRITORIALITÉ

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

- Etats membres de l'Union Européenne,
- Andorre, Liechtenstein, Norvège, Principauté de Monaco, Saint Marin, Suisse, Vatican et Royaume-Uni.

■ LES LIMITES DE GARANTIES

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

Pour les garanties « Protection juridique Santé » et « Protection juridique médicale », et outre les frais pris en charge à l'article « FRAIS PRIS EN CHARGE », l'assureur prend en charge le coût des expertises médicales amiables et judiciaires dans la limite d'un plafond de 2 000 € par litige.

Aucun sous plafond pour la prise du coût des expertises médicales amiables et judiciaires ne s'applique pour les autres garanties.

En cas de litige garanti, l'assureur intervient pour l'ensemble des frais pris en charge à concurrence d'un plafond global de dépenses fixé à 50 000 € par litige garanti.

Dans le cadre de cette enveloppe globale sont pris en charge les frais et honoraires d'avocat ou de toute personne habilitée par les textes pour défendre les intérêts de l'assuré devant toute juridiction, dans la limite des montants prévus à l'annexe « plafond de prise en charge des honoraires du mandataire » référencée 13.

Ces sommes sont indexées selon les modalités définies dans la présente Notice d'Information.

■ LES DOMAINES GARANTIS

→ « Protection Juridique Santé »

Sont garantis au titre de la garantie « Santé » les litiges relatifs à la santé de l'assuré, notamment ceux résultant :

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

→ « Protection Juridique Médicale »

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

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

→ « Protection Juridique consommation liée à la santé »

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

- relatifs à l'achat ou l'utilisation par l'assuré d'un équipement médical ou d'un produit défectueux, non conforme ou dangereux,
- relatifs à la réalisation par l'assuré des travaux d'aménagements d'une habitation ou d'un véhicule rendus nécessaires par l'état de santé de l'assuré,
- relatifs à la mise en œuvre, en raison de l'état de santé de l'assuré, d'une assurance liée à un prêt,
- opposant l'assuré à un transporteur sanitaire.

→ « Protection Juridique prestations sociales et allocations »

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

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

III – MISE EN JEU DES GARANTIES

■ LA DECLARATION DU LITIGE

L'assuré doit déclarer à l'assureur, tout litige susceptible d'ouvrir droit à garantie dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 30 jours qui suivent le refus qui lui a été opposé ou qu'il a formulé, sauf cas fortuit ou de force majeure, par le canal de son choix :

- Soit par mail à l'adresse : contact-pjng@covea.fr
- Soit par courrier à : Covéa Protection Juridique – 160 rue Henri Champion - CS14501 - 72045 Le Mans Cedex 2
- Soit par téléphone au : 02 43 39 35 05

L'assuré ne peut plus bénéficier des prestations s'il ne respecte pas ce délai et si ce non-respect cause à l'assureur un préjudice

L'assuré doit, par ailleurs, communiquer toutes les pièces se rapportant au sinistre et tous les éléments de preuve nécessaires à la conduite du dossier.

L'assuré peut-être déchu de ses droits à garantie s'il fait, de mauvaise foi, des déclarations inexactes sur les circonstances du litige ou sur le montant de la réclamation.

Après examen du dossier, l'assureur conseille sur la suite à donner au litige déclaré et met en œuvre les actions utiles à sa résolution.

Si l'assuré engage des frais sans en avoir référé préalablement à l'assureur, ces frais seront pris en charge dans les limites contractuelles dès lors que l'assuré pourra justifier d'une urgence à les avoir exposés.

■ LE LIBRE CHOIX DE L'AVOCAT

Lorsqu'il est fait appel à un avocat ou à toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour défendre, servir ou représenter ses intérêts, l'assuré a la liberté de le choisir.

S'il n'a pas connaissance d'un avocat susceptible de défendre ses intérêts, l'assuré peut choisir l'avocat mis à sa disposition par l'assureur, à sa demande écrite.

L'assureur indemnise l'assuré des frais et honoraires de son défenseur, **dans la limite des montants prévus à l'annexe « Plafond de prise en charge des honoraires du mandataire », référencée 13 reproduite ci-dessous.**

Ces sommes sont revalorisées, chaque année en fonction de l'évolution de l'indice prévu dans la présente Notice Information.

Dans tous les cas, les honoraires sont payés par l'assuré et l'assureur le rembourse sur une base hors taxe ou toutes taxes comprises selon son régime d'imposition et sur présentation de la facture détaillée.

En cas de procédure, l'assuré conserve la direction du procès conseillé par son avocat.

ASSISTANCE ET PHASE AMIABLE	TTC	HT
Commissions de recours amiables en matière fiscale	1004 €	836 €
Mesure Instruction - Assistance à expertise (par avocat ou expert)	849 €	707 €
Consultation et démarches amiables infructueuses	732 €	610 €
Consultation et démarches amiables ayant abouti à la résolution du litige	1427 €	1189 €
Transaction en phase judiciaire : Montant à retenir identique à celui qui aurait été appliqué si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction de 1ère instance concernée.		
PHASE JUDICIAIRE	TTC	HT
Commissions - Juridictions de première instance		
Commissions diverses	759 €	632 €
Référé		
• expertise	1132 €	943 €
• provision	1390 €	1158 €
• autre	1390 €	1158 €
Requêtes non contradictoires	1132 €	943 €
Chambre de Proximité/ Tribunal de Proximité		
• conciliation	759 €	632 €
• jugement	1750 €	1458 €
Tribunal Judiciaire		
• en dernier ressort	1750 €	1459 €
• à charge d'Appel	2508 €	2090 €
Pôle Social Tribunal Judiciaire (Ancien TASS)	2508 €	2090 €
Chambre spécialisée Tribunal Judiciaire matière Civile	2508 €	2090 €
Juge des contentieux de la protection		
• en dernier ressort	1750 €	1459 €
• à charge d'Appel	2508 €	2090 €
Tribunal de commerce		
• déclaration de créance auprès du mandataire	452 €	376 €
• relevé de forclusion	579 €	482 €
• jugement	2508 €	2090 €
Tribunal Paritaire des baux ruraux		
• absence de conciliation	759 €	632 €
• conciliation	2508 €	2090 €
• jugement	2508 €	2090 €
Tribunal Administratif	2508 €	2090 €
Conseil des Prud'hommes		
• absence de conciliation	1041 €	867 €
• conciliation	2393 €	1994 €
• jugement	2122 €	1768 €
Juge de l'exécution	1641 €	1367 €
Juge de l'exécution en matière de saisie immobilière	4757 €	3964 €
Autres juridictions de première instance françaises	1719 €	1432 €
Juridictions pénales		
Démarches au parquet	281 €	234 €
Chambre spécialisée Tribunal Judiciaire matière Pénale	1234 €	1028 €
Composition ou médiation pénale	576 €	480 €
Tribunal de Police		
• sans partie civile	992 €	826 €
• avec partie civile	1234 €	1028 €
Tribunal Correctionnel		
• instruction correctionnelle	1425 €	1187 €
• jugement	2006 €	1671 €
Cour d'Assises		
• instruction criminelle	3486 €	2905 €
• jugement	4757 €	3964 €
Juridictions de recours		
Juridictions d'Appel		
• assistance plaidoirie	2508 €	1 046 €
• postulation	1337 €	557 €
Cour de Cassation	4757 €	3964 €
Conseil d'Etat	4757 €	3964 €

■ LE CONFLIT D'INTERETS

En cas de conflits d'intérêts entre l'assuré et l'assureur (hypothèse qui peut apparaître lorsque deux des assurés de l'assureur, titulaires de contrats distincts, s'opposent ou lorsque l'assuré et l'assureur s'opposent), l'assuré a la liberté de choisir son avocat ou,

s'il le préfère, une personne qualifiée pour l'assister conformément aux règles et garanties du contrat.

■ LE RECOURS A L'ARBITRAGE

En cas de désaccord sur les mesures à prendre pour régler le litige, l'assuré peut :

- soit le soumettre à l'appréciation d'une tierce personne, reconnue pour son indépendance et ses qualités professionnelles et désignée d'un commun accord par l'assuré et l'assureur. A défaut, cette dernière est désignée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile du défendeur, statuant selon la procédure accélérée au fond, sur la demande de la partie la plus diligente. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur. Toutefois, le Président du Tribunal Judiciaire peut en décider autrement si l'assuré a recours à l'arbitrage dans des conditions abusives. L'assuré a la faculté de demander à l'assureur la mise en œuvre de cette procédure d'arbitrage par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception,
- soit engager à ses frais une procédure contentieuse.

Lorsque la procédure d'arbitrage est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est alors suspendu pour toutes les instances juridictionnelles couvertes par la présente garantie d'assurance que l'assuré est susceptible d'engager en demande jusqu'à ce que l'arbitre chargé de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

Si l'assuré engage ou poursuit, à ses frais et contre l'avis de l'assureur, la procédure et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'assureur l'indemnise dans la limite de la garantie, des frais exposés pour l'exercice de cette action.

■ LES SOMMES OBTENUES AU PROFIT DE L'ASSURE

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

■ LA SUBROGATION ET LA COMPENSATION

■ La subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré à l'encontre de la partie adverse pour la récupération des sommes qu'il a engagées. Si la subrogation ne peut plus s'effectuer du fait de l'assuré, l'assureur est déchargé de ses obligations envers ce dernier dans la mesure où sans cette action de l'assuré, la subrogation aurait pu s'effectuer.

Toutefois, les sommes obtenues en remboursement des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficient par priorité à l'assuré pour les dépenses restées à sa charge et qu'il justifie. Subsidiairement, elles reviennent à l'assureur dans la limite des montants qu'il a engagés.

■ La compensation

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties au présent contrat s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du code civil.

■ LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite par **DEUX ANS** à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des Assurances.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption : toute demande en justice, même en référé, toutes mesures conservatoires prises en application du Code des procédures civiles d'exécution, tout acte d'exécution forcée, toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantir l'Assuré ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur. Elle est également interrompue par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre, par l'envoi d'une lettre recommandée ou par un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-1 du Code des Assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L 114-2 du Code des Assurances

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

Article L 114-3 du Code des Assurances

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

IV – VIE DU CONTRAT

■ PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de signature par l'adhérent du bulletin d'adhésion au contrat complémentaire santé de la gamme YSO souscrit auprès du souscripteur, et ce pour une durée d'un an.

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

Les garanties cessent :

- En cas de résiliation ou de suspension du contrat complémentaire santé de la gamme YSO,
- En cas de résiliation du présent contrat d'assurance,
- En cas de résiliation des garanties du contrat.

■ ADAPTATION DES LIMITES DE GARANTIE

La cotisation, le seuil d'intervention, les plafonds de garantie et le plafond de remboursement des honoraires du mandataire sont indexés chaque année sur l'indice mensuel des prix à la consommation (ensemble des ménages – France) classification «Autres Services » publié par l'INSEE sous l'identifiant 001763829 (Valeur 08/2022 : 107.34).

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

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

■ RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié, avant sa date d'expiration normale, dans les cas suivants :

- **pour l'assuré, personnes physiques agissant en dehors de son activité professionnelle :**
 - la résiliation est possible à tout moment après la première année de souscription. L'assuré n'a pas besoin d'attendre l'échéance,
- **par l'assureur ou le souscripteur,**
 - à chaque échéance anniversaire moyennant un préavis de DEUX MOIS au moins sous réserve que le contrat ait un an d'existence,
- **par le souscripteur,**
 - si l'assureur refuse de réduire la cotisation en cas de diminution du risque ; l'assureur doit alors rembourser la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, (Article L. 113-4 du Code des Assurances),
 - en cas de résiliation après litige/sinistre par l'assureur, d'un autre de ses contrats (Article R. 113-10 du Code des Assurances),
 - en cas de majoration de la cotisation par l'assureur, au-delà de la majoration de l'indice précité
- **par l'assureur,**
 - en cas de non-paiement des cotisations (Article L. 113-3 du Code des Assurances),
 - en cas d'inexactitude ou d'omission dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (Article L. 113-9 du Code des Assurances),
 - en cas d'aggravation du risque (Article L. 113-4 du Code des Assurances),
 - après litige/sinistre (Article R. 113-10 du Code des Assurances), le souscripteur a alors le droit de résilier les autres contrats souscrits auprès de l'assureur,
- **par l'administrateur, le débiteur autorisé par le Juge Commissaire ou le liquidateur,** si le souscripteur est en état de redressement ou liquidation judiciaire,
- **de plein droit,** en cas de retrait total de l'agrément de l'assureur (Article L 326-12 du Code des Assurances).

■ POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

■ A qui sont transmises les données personnelles ?

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

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

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

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

■ Pourquoi avoir besoin de traiter les données personnelles ?

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

- conclure, gérer et exécuter les garanties de son contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- réaliser les sondages et enquêtes de satisfaction
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;

- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- effectuer des écoutes et enregistrements téléphoniques de manière non systématique aux fins d'amélioration de la qualité de service, de formation et d'évaluation des collaborateurs.

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

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité ainsi que le développement de leur qualité de service et la montée en compétence de leurs collaborateurs.

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

■ Quelle protection particulière pour les données de santé ?

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

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

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

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

- à l'adresse suivante : Protection des données personnelles - Covéa Protection Juridique - 160 rue Henri Champion - CS14501 - 72045 Le Mans Cedex 2
- par mail : protectiondesdonnees-pj@covea.fr

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

■ Pendant combien de temps les données personnelles sont-elles conservées ?

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

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

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

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

■ Quels sont les droits dont l'assuré dispose ?

L'assuré dispose :

- d'un **droit d'accès**, qui lui permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données le concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement le concernant ;

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de la part de l'Assureur.

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que l'assuré a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de son utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de son contrat.

- d'un **droit d'opposition**, qui lui permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de l'Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à sa situation particulière, de faire cesser le traitement de ses données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.

- d'un **droit de rectification** : il lui permet de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant.

- d'un **droit d'effacement** : il lui permet d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où ses données ne seraient plus nécessaires au traitement.

- d'un **droit de limitation**, qui lui permet de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il lui est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits.
- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : L'Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat de l'assuré pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, l'assuré peut, demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de son Délégué à la protection des données.

L'assuré peut exercer ses droits par courrier à l'adresse postale : Protection des données personnelles - Covéa Protection Juridique - 160 rue Henri Champion - CS14501 - 72045 Le Mans Cedex 2ou par email à l'adresse protectiondesdonnees-pj@covea.fr

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

Il pourra s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf si l'assuré a communiqué à l'assureur son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de Covéa Protection Juridique d'un contrat en vigueur.

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

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

■ Comment contacter le Délégué à la Protection des Données ?

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

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

Si la souscription du contrat s'est déroulée dans le cadre du démarchage : toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec demande d'accusé de réception, pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat conformément à l'article L 112-9 du code des assurances.

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

■ COURRIER ELECTRONIQUE

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

■ CONVENTION DE PREUVE

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

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

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

■ LA RECLAMATION

Une réclamation ?

L'assuré peut se rapprocher de son interlocuteur habituel. Il analysera avec lui l'origine du problème et mettra tout en œuvre pour lui apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si sa réclamation est formulée à l'oral et que l'assuré n'obtient pas entière satisfaction, il sera invité à la formaliser sur un support écrit (en indiquant son numéro de contrat ou de dossier),

Par courrier postal :
COVEA PJ
160 rue Henri Champion
CS14501
72045 Le Mans Cedex 2

Ou par mail :

contact-pjng@covea.fr

L'assuré recevra un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de sa réclamation écrite sauf si une réponse lui est apportée dans ce délai.

L'assureur s'engage à apporter à l'assuré une réponse écrite dans un délai maximum de deux mois à compter de l'envoi de sa réclamation écrite.

En tout état de cause, deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, que l'assureur y ait ou non répondu, l'assuré peut saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance :

- Sur le site www.mediation-assurance.org. L'assuré dispose d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;
 - Par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

L'assuré dispose d'un délai d'un an à compter de sa réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance.

Dans tous les cas, l'assuré conserve la faculté de saisir le tribunal compétent.

