

L'Assurance Emprunteur

Proposition d'assurance



SUPER NOVATERM CRÉDIT ⊕

Note d'information - NISNC21A

(Ce document répond aux exigences des articles L.132-5-2 et A. 132-4 du Code des assurances)

Cette note reprend les dispositions essentielles du contrat SUPER NOVATERM CREDIT de MetLife dont les Conditions Générales sont remises au Souscripteur avec sa proposition d'assurance.

NI SNC Juin 2022

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

SUPER NOVATERM CREDIT est un contrat individuel d'assurance Temporaire Décès régi par le Code des assurances, relevant de la branche 20 (Vie - Décès) assuré par la Compagnie d'assurance MetLife.

I - Définition contractuelle des garanties offertes

A - Garanties de base

SUPER NOVATERM CREDIT a pour objet le versement par l'Assureur au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré suite à un Accident ou à une maladie survenu pendant la période de validité des garanties, sous réserve des exclusions visées à l'article 8 des Conditions Générales. Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières, le Bénéficiaire du capital garanti au titre des garanties Décès et PTIA est l'Organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital garanti au jour du Sinistre. Le solde éventuel sera versé en cas d'invalidité à l'assuré lui-même et en cas de décès, au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Le contrat prévoit également une garantie ayant pour objet le versement d'un capital en cas de revente de la résidence principale suite au décès de l'Assuré consécutif à un accident (cf. article 6 des Conditions Générales).

B - Garanties facultatives

Le Souscripteur peut également opter pour les garanties facultatives suivantes :

a) La **garantie Invalidité Permanente et Totale (IPT)** intervient lorsque l'état de santé consolidé de l'Assuré entraîne une perte de capacité définitive d'au moins 66% calculée conformément au tableau de l'article 9. La prestation est le versement au(x) Bénéficiaire(s) du capital assuré au jour de la consolidation de l'IPT. Ce capital est égal au capital décès, plafonné à 5.000.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

b) La **garantie Invalidité Professionnelle (IP)** pour les professions médicales, paramédicales et vétérinaires intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer sa profession médicale, paramédicale ou vétérinaire. La liste des professions éligibles pour bénéficier des prestations au titre de cette garantie figure à l'article 10 des Conditions Générales.

La prestation est le versement au(x) Bénéficiaire(s) du capital assuré au jour de la consolidation de l'invalidité. Ce capital est égal au capital décès, plafonné à 5.000.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

c) La **garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)** intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein son activité professionnelle ou ses occupations habituelles. Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.

La prestation est le versement au(x) Bénéficiaire(s) d'une fraction du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle (cf. article 11 des Conditions Générales).

Remarque : sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières, le Bénéficiaire du capital garanti au titre des garanties IPT, IP et IPP est l'Organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital garanti au jour du Sinistre. Le solde éventuel sera versé à l'assuré lui-même.

d) La **garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)** intervient lorsque l'Assuré est temporairement dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, d'exercer son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou une maladie garantie, d'observer un repos complet et continu l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Cette garantie inclut :

> **le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale :** Après une période de franchise de 15, 30, 60, 90 ou 180 jours (au choix de l'Assuré) à compter de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, MetLife verse à l'assuré des indemnités journalières forfaitaires dont le montant figure aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Le versement se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale de travail médicalement justifiée et au **maximum pendant 1095 jours**, pour un même Sinistre.

- > *le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle* : En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'Assureur n'applique pas de nouvelle période de Franchise et verse à l'assuré, **au maximum pendant 180 jours**, des indemnités journalières d'un montant égal à **50% du montant des indemnités journalières** figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.
- > *l'Exonération de paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale* : MetLife rembourse au souscripteur les primes d'assurance réglées au titre du présent contrat au prorata temporis de la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, à compter de la fin de la période de Franchise, **au plus pendant 1 095 jours pour un même Sinistre**.

e) La **garantie Exonération du paiement des primes (EXO)** : cette garantie peut être souscrite indépendamment de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail avec une **Franchise fixée à 90 jours**.

La garantie Exonération du paiement des primes ne couvre pas l'Incapacité Temporaire Partielle.

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières le Bénéficiaire de la garantie Exonération des primes est le Souscripteur.

II - Exclusions

Il est très important que le Souscripteur lise attentivement les Conditions Générales du contrat d'assurance Super Novaterm Crédit qui lui sont remises avec sa proposition d'assurance et au sein desquelles sont détaillées les exclusions des garanties de base (cf. Article 8 des Conditions Générales) et celles des garanties facultatives (cf. article 14 des Conditions Générales).

Sous réserve d'acceptation par l'Assureur et moyennant une tarification spéciale, le Souscripteur a la possibilité, si les garanties IPT ou IP ou/et ITT ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux Atteintes Discales et / ou Vertébrales et / ou les exclusions liées aux Affections Psychiques (cf. article 15). Ces options sont proposées quel que soit le montant assuré. Le montant de la prestation est plafonné à 350€ par jour et à 1 500 000€ par Assuré au sein de MetLife.

III - Durée du contrat

Le contrat SUPER NOVATERM CREDIT est souscrit pour une période limitée dont les dates de début et de fin sont indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Toutes les garanties cessent leurs effets au plus tard à la date de fin du contrat indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Garantie provisoire décès accidentel :

Sous réserve que l'assuré ait accepté l'offre préalable de crédit faisant l'objet de la demande d'assurance, l'Assureur couvre provisoirement, pendant l'étude de la proposition, le risque de décès consécutif à un Accident de l'Assuré âgé de moins de 70 ans au jour de la réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée. Le capital garanti est égal au capital à assurer figurant sur la proposition d'assurance, **dans la limite d'un montant maximum de 500.000 € et sous réserve des exclusions figurant à l'article 8 des Conditions Générales.**

Cette garantie n'est valable que pour les décès suite à des accidents survenus en Europe (UE, AELE), en Amérique du Nord, au Japon, en Australie, en Nouvelle-Zélande, à Hong-Kong et à Singapour.

La durée maximale de la garantie est de 60 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

IV - Modalités de versement des primes

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

Le Souscripteur a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois.

V - Délai et modalités de renonciation au contrat – Résiliation

Renonciation

Conformément aux dispositions de l'Article L.132-5-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, **dans les 30 jours** qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

**Cbp France
Service MetLife
CS 20008
44967 NANTES CEDEX 9**

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM CREDIT N°
souscrit le / / et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée, soit
 €. Fait à le / / Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du présent contrat et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Résiliation

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, avec l'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, à chaque échéance de paiement de prime dans les formes prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Toute notification de résiliation par courrier, doit être adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :

Cbp France – Service MetLife - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9 .

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

VI - Formalités à remplir en cas de sinistre

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives à fournir figurant aux Articles 24, 25 et 26 des Conditions Générales d'assurance ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

VII - Information sur les primes

Le montant des primes indiqué aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, est garanti jusqu'au terme du contrat. Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs. Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration non-fumeur, remplir les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur.

VIII - Procédure d'examen des litiges

Toute réclamation concernant le contrat doit être adressée à **Cbp France – Service MetLife - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9.**

Un accusé de réception sera adressé sous 48 heures et une réponse sera adressée dans un délai ne dépassant pas deux mois.

En cas de réponse défavorable, un recours peut être adressé au Médiateur Interne de MetLife, et ce avant tout recours auprès du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Le Médiateur de l'Assurance peut également être saisi en ligne au www.mediation-assurance.org

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits d'intenter une action en justice.



MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *Designated Activity Company* », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *Designated Activity Company* », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.

Super Novaterm Crédit ⊕

Conditions Générales

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT SUPER NOVATERM CREDIT

SUPER NOVATERM CREDIT est un contrat individuel d'assurance Temporaire Décès régi par le Code des assurances, relevant de la branche 20 (Vie - Décès) assuré par la Compagnie d'assurance MetLife. Il a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré (garantie de base) suite à un Accident ou à une maladie survenu pendant la période de validité des garanties.

Les garanties facultatives, Invalidité Permanente et Totale (IPT), Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Exonération du paiement des primes en cas d'ITT (EXO) s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Le contrat est composé des présentes Conditions Générales, de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, des Conditions Particulières ainsi que de tout avenant portant modification au contrat.

Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances.

Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de la souscription du contrat en fonction des déclarations de l'Assuré.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses Bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et survenue pendant la période de validité des garanties.

La rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des Accidents.

Assuré : Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Assureur : MetLife Europe d.a.c., agissant sous le nom commercial MetLife (ci-après « MetLife », « nous » ou l'« Assureur »), société d'assurance irlandaise, exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui perçoit les prestations versées par l'Assureur.

Les Bénéficiaires en cas de décès sont en principe désignés dans la proposition d'assurance et figurent aux Conditions Particulières du contrat. Le Souscripteur a la possibilité de prévoir l'ordre de priorité du versement du capital en cas de décès des Bénéficiaires désignés.

Lorsque le Bénéficiaire en cas de décès est nommément désigné, le Souscripteur est invité à porter dans la proposition d'assurance les coordonnées de ce dernier, qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré. Le Souscripteur peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation si elle n'a pas été faite dans le contrat, et la substitution du ou des Bénéficiaires, peuvent être effectuées soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités de l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

La personne désignée comme Bénéficiaire par le Souscripteur peut accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit. Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le Souscripteur et seul le Souscripteur est libre de révoquer le Bénéficiaire. Tant que l'Assuré et le Souscripteur sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'Assureur, du Souscripteur et du Bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du Souscripteur et du Bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. En cas d'acceptation, l'accord du Bénéficiaire ayant accepté devient obligatoire lorsque le Souscripteur souhaite apporter une modification au contrat ou désigner un autre Bénéficiaire.

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières, le Bénéficiaire du capital garanti au titre des garanties Décès, PTIA, IPT, IPP et IP est l'Organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital garanti au jour du Sinistre. Le solde éventuel sera versé :

- en cas d'invalidité : à l'Assuré lui-même ;
- en cas de décès : au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Sous réserve d'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, le Souscripteur a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire.

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières :

- le Bénéficiaire du versement des indemnités journalières en cas d'ITT est l'Assuré,
- le Bénéficiaire de la garantie Exonération des Primes est le Souscripteur.
- le Bénéficiaire du capital garanti au titre de la garantie «Capital en cas de revente suite au décès accidentel» et «Garantie provisoire décès accidentel» est le conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut ses héritiers.

Consolidation : On entend par consolidation la date à partir de laquelle l'état de l'Assuré est considéré comme stabilisé du point de vue médical alors qu'il existe des séquelles permanentes.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque aggravé de santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance emprunteur des personnes présentant un risque aggravé de santé. L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS. Si la garantie Invalidité Permanente Totale ne peut être accordée à la personne à assurer ou si elle est acceptée avec exclusion, l'Assureur lui proposera chaque fois que cela sera possible, la garantie d'Invalidité Spécifique (GIS) définie en fonction du taux d'invalidité fixé par la Convention AERAS et apprécié par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Pour plus de précisions sur la Convention AERAS, vous pouvez consulter le site officiel de la convention AERAS, www.aeras-infos.fr, sur lequel vous trouverez notamment :

- le texte de la convention AERAS,
- la grille de référence,
- un glossaire spécifique à AERAS.

Droit à l'oubli : Si le Souscripteur a été atteint d'un cancer, il bénéficie, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent, conformément au document d'information joint au questionnaire de santé. Il appartient au Souscripteur de se référer à ce document pour plus de précisions concernant les conditions d'application de ce « droit à l'oubli ».

Fibromyalgie ou Syndrome Polyalgique Diffus : Le syndrome polyalgique diffus ou fibromyalgie se caractérise par des douleurs diffuses persistantes ayant un effet sur les capacités fonctionnelles, en les amoindrissant de manière variable selon les personnes et dans le temps.

Le diagnostic est clinique et doit être reconnu quand existent conjointement deux critères :

- une douleur diffuse d'une durée d'évolution d'au moins trois mois,
- des points douloureux à la pression (au minimum 6 points localisés) doivent être douloureux sous une pression digitale de 4kg.

Il est également associé aux syndromes suivant :

- des troubles du sommeil,
- un syndrome de fatigue chronique,
- des symptômes somatiques,
- l'absence d'une autre pathologie pouvant expliquer ces symptômes et douleurs.

Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste et doit être conforme aux critères établis par le Collège américain de rhumatologie en 1990, révisés en 2010. La maladie est répertoriée dans la Classification internationale des maladies CIM 10 sous le vocable M 79.7.

Franchise : Période qui débute le premier jour de l'Incapacité Temporaire Totale de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. La prise en charge par l'Assureur intervient à l'expiration de cette période de franchise.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : Incapacité médicalement reconnue **avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ou le 70^{ème} anniversaire selon option choisie**, mettant temporairement l'Assuré dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, d'exercer son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou une maladie garantie, d'observer un repos complet et continu l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Invalidité Permanente et Totale (IPT) : Invalidité physique ou mentale **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré** dont l'état de santé de l'Assuré entraîne une perte de capacité définitive d'au moins 66% calculée conformément au tableau de l'article 9.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : Invalidité physique ou mentale, **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur, dont le taux est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, mettant l'Assuré dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein son activité professionnelle ou ses occupations habituelles.

Invalidité Professionnelle pour les professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP) : Invalidité physique ou mentale, **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur, mettant l'Assuré dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer sa profession médicale, paramédicale ou vétérinaire.

Organisme prêteur : Le prêteur, personne physique ou morale déclarée par le Souscripteur et mentionnée aux Conditions Particulières, ayant consenti le prêt faisant l'objet de la présente assurance.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

Invalidité physique ou mentale **reconnue avant l'échéance annuelle suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur, mettant l'Assuré dans l'incapacité permanente et définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours **de manière permanente** à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (assimilable à la 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale).

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. L'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même Sinistre.

Souscripteur : Personne physique ou morale qui souscrit le contrat. Le Souscripteur peut avoir la qualité d'Assuré.

Syndrome de Fatigue Chronique : Le syndrome de fatigue chronique, également appelé encéphalomyélite myalgique ou maladie d'intolérance systémique à l'effort, est une maladie systémique définie par l'IOM 2015 par 4 critères dont 3 obligatoires :

- fatigue sévère et chronique depuis plus de 6 mois associée à une incapacité ou à une diminution considérable de la capacité à participer à des activités professionnelles, éducatives, sociales ou personnelles habituelles. Elle n'est ni le résultat d'un effort excessif, ni atténuée significativement par le repos ;
- malaise après l'effort ;
- sommeil non réparateur.

Ils doivent être associés à au moins l'une des deux affections suivantes :

- troubles cognitifs,
- intolérance à l'orthostatisme.

Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste et doit être conforme aux critères établis par le Centre de contrôle et de prévention des maladies aux Etats Unis en 1988, révisés en 1994. La maladie est répertoriée dans la Classification internationale des maladies CIM 10 sous le vocable G93.3.

Article 3 - CONDITIONS D'ADMISSION A LA SOUSCRIPTION

La souscription du contrat Super Novaterm Crédit est subordonnée à l'existence, au jour de la signature de la proposition, d'une demande de prêt ou d'un prêt en cours (quel qu'il soit) libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un Organisme Prêteur (personne physique ou morale). Sous réserve d'acceptation par l'Assureur, le(s) prêt(s) libellé(s) dans une autre devise est/sont couvert(s) à hauteur de l'échéancier libellé en euros. Le risque de change et ses conséquences éventuelles restent à la charge du Souscripteur. Les primes d'assurance sont payées uniquement en euros.

Super Novaterm Crédit est réservé aux assurés âgés d'au moins 18 ans et de moins de 86 ans au jour de la souscription.

La garantie PTIA est réservée aux assurés âgés de moins de 70 ans au jour de la souscription.

Les garanties IPT, IPP, IP et ITT sont réservées aux assurés âgés de moins de 70 ans au jour de la souscription et exerçant une activité professionnelle rémunérée sans aménagement du temps et / ou des conditions de travail pour raison de santé. La garantie IP est réservée aux assurés exerçant à temps plein une profession médicale, paramédicale ou vétérinaire qui doit être déclarée lors de la souscription. La liste des professions éligibles pour bénéficier des prestations au titre de cette garantie figure à l'article 10.

Article 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) aux Conditions Particulières du contrat. **Tout état d'invalidité ou d'incapacité de l'Assuré à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement des prestations.**

II - GARANTIES DE BASE

Article 5 - DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de Décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité du contrat, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré constatée par l'Assureur pendant la période de validité de la garantie et reconnue avant l'échéance annuelle suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s), par anticipation à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

En aucun cas, les capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne peuvent se cumuler.

Le contrat ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % du capital restant dû en cas de sinistre touchant simultanément plusieurs assurés au titre d'une même opération de prêt.

Article 6 - CAPITAL EN CAS DE REVENTE SUITE AU DECES ACCIDENTEL DE L'ASSURE

En cas de Décès de l'Assuré, survenu au cours de la première année suivant la date d'effet du contrat et avant son 70^{ème} anniversaire, faisant suite à un Accident, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) un capital forfaitaire de 10 000 € en cas de revente de la résidence principale au cours de l'année qui suit le décès de l'Assuré.

Article 7 - TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS / NON-FUMEURS

Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration non-fumeur, ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vaporette au cours des 12 mois précédant la date de signature de la proposition d'assurance et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Article 8 - EXCLUSIONS - GARANTIES DE BASE

Sauf convention contraire indiquée aux Conditions Particulières, l'Assureur garantit les risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions énumérées ci-après :

- LE SUICIDE SURVENANT MOINS D'UN AN APRES LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT. EN CAS D'AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT, LE SUICIDE EST EGALEMENT EXCLU, POUR LES MAJORATIONS, AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE QUI SUIV LA PRISE D'EFFET DE CETTE AUGMENTATION. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès la souscription dans la limite du montant mentionné au Décret visé par l'article L.132-7 du Code des assurances (120 000 € au 1^{er} janvier 2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré ;
- L'ACCIDENT DE NAVIGATION AERIENNE SURVENANT ALORS QUE L'ASSURE SE TROUVAIT A BORD D'UN APPAREIL EN UNE QUALITE DISTINCTE DE CELLE DE SIMPLE PASSAGER DE LIGNES REGULIERES OU «CHARTER» DUMENT AGREES POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS, OU ENCORE DONT LE PILOTE NE DISPOSAIT PAS DES QUALIFICATIONS NECESSAIRES, OU ENFIN PARTICIPANT A DES COURSES, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS ;
- LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE MALADIES OU D'ACCIDENTS ANTÉRIEURS À LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET NON DÉCLARÉS LORS DE LA SOUSCRIPTION, POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE EMPRUNTEUR DE L'ASSURÉ DONT L'OBJET EST DE COUVRIR DES EMPRUNTS IMMOBILIERS ET DONT LES MONTANTS ASSURÉS CUMULÉS SONT SUPÉRIEURS OU ÉGAUX À 200 000 €, OU POUR LESQUELS LA DATE DE FIN DU PRÊT EST POSTÉRIEURE AUX 60 ANS DE L'ASSURÉ ;
- LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ÉMEUTES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, D'INSURRECTIONS, DE COMLOTS, DE GREVES, DE RIXES (sauf cas de légitime défense) ET LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ATTENTATS EN CAS DE PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ ;
- LE FAIT DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE : EN CAS DE GUERRE, LA GARANTIE N'AURA D'EFFET QUE DANS LES CONDITIONS QUI SERONT DÉTERMINÉES PAR LA LEGISLATION À INTERVENIR SUR LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE ;
- LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE.

HORMIS ACCEPTATION INDIQUÉE AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES, APRES ETUDE DU DOSSIER PAR L'ASSUREUR, SONT EXCLUS LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITÉS SUIVANTES :

- SECURITE OU PROTECTION IMPLIQUANT L'UTILISATION D'ARMES DE DEFENSE,
- TRAVAIL EN HAUTEUR A PLUS DE QUATRE METRES DU SOL OU SUR PLATE-FORME D'EXPLORATION OU DE FORAGE,
- DESCENTE EN Puits, MINES OU CARRIERES, EN GALERIES,
- ENTRAINANT UNE EXPOSITION A DES SUBSTANCES OU PRODUITS DANGEREUX (TOXIQUES, CORROSIFS, EXPLOSIFS, OU INFLAMMABLES).

III - GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties suivantes sont facultatives et s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Article 9 - INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE (IPT)

En cas d'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie l'Assureur paiera le capital garanti au jour de la Consolidation de l'Invalidité, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Ce capital est plafonné à 5 000 000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Permanente et Totale met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions et ne pourra en aucun cas donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie du contrat. Le contrat ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % du capital restant dû en cas de sinistre touchant simultanément plusieurs assurés au titre d'une même opération de prêt.

L'Assuré sera considéré en Invalidité Permanente et Totale si le taux d'invalidité « N » est supérieur ou égal à 66%. Le Taux de cette invalidité appelé « N » est déterminée par voie d'expertise médicale, en fonction du taux d'Invalidité Permanente Professionnelle et du taux d'Invalidité Permanente fonctionnelle, et par l'application du tableau croisé ci-dessous.

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	-	-	-	29,2 %	33,0 %	36,6 %	40,0 %	43,3 %	46,4 %
20 %	-	-	31,7 %	36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %	-	30,0 %	36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %
40 %	25,2 %	33,0 %	40,0 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %	27,1 %	35,6 %	43,1 %	50,0 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74,0 %	79,4 %
60 %	28,8 %	37,8 %	45,8 %	53,1 %	60,0 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %	30,4 %	39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70,0 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %	31,7 %	41,6 %	50,4 %	58,5 %	66,0 %	73,2 %	80,0 %	86,5 %	92,8 %
90 %	33,0 %	43,3 %	52,4 %	60,8 %	68,7 %	76,1 %	83,2 %	90,0 %	96,5 %
100 %	34,2 %	44,8 %	54,3 %	63,0 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100,0 %

L'Invalidité Permanente fonctionnelle sera appréciée et chiffrée par référence au barème indicatif des invalidités en droit commun (Barème du Concours Médical 1982).

L'Invalidité Permanente Professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'Accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, l'invalidité est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette incapacité telle que définie à cet article sur l'exercice des occupations habituelles et non professionnelles de l'Assuré.

Article 10 - INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP)

En cas d'Invalidité Professionnelle de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur paiera le capital garanti au jour de la Consolidation de l'Invalidité, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Ce capital est plafonné à 5 000 000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Pour pouvoir bénéficier de prestations au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier à la date du Sinistre, exercer à temps plein, l'une des professions suivantes :

- médecin enregistré au Conseil National de l'Ordre des médecins ;
- chirurgien-dentiste enregistré à l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes ;
- pharmacien ;
- vétérinaire ;
- l'une des professions paramédicales citées ci-après : aide-soignant, ambulancier, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, épithésiste, ergothérapeute, infirmier, infirmier de bloc opératoire, manipulateur d'électroradiologie, masseur-kinésithérapeute, oculariste, opticien-lunetier, orthoprothésiste, orthoptiste, ostéopathe, pédicure-podologue, podo-orthésiste, prothésiste dentaire, psychomotricien, puéricultrice, sage-femme, technicien en analyses biomédicales.

L'invalidité est constatée par l'Assureur par expertise médicale. **Le médecin expert désigné par l'Assureur reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé.** L'Invalidité Professionnelle ouvrant droit à prestations tient compte uniquement de l'incapacité professionnelle appréciée et chiffrée en fonction de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'Accident générateur de l'invalidité, en tenant compte :

- Des conditions normales d'exercice de la profession ;
- Des possibilités d'exercice qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Professionnelle met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions et ne pourra en aucun cas donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie du contrat.

Article 11 - INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Assuré, constatée pendant la période de validité de la garantie l'Assureur paiera, en fonction du taux global d'invalidité "N" de l'Assuré, **une fraction du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle, fraction égale à (N - 33) / 33 du capital garanti au titre de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.**

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle, le taux d'invalidité global "N" doit être supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

L'invalidité est constatée par l'Assureur par expertise médicale. Le médecin expert désigné par l'Assureur reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. Il détermine le taux global d'invalidité "N", à partir de la combinaison du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun publié par le « Concours Médical » en vigueur au jour de la constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'Assuré. L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte des conditions d'exercice de cette activité professionnelle antérieures à la maladie ou à l'Accident et des conditions normales d'exercice de cette activité.

Le taux global d'invalidité N est déterminé en fonction de l'invalidité professionnelle et de l'invalidité fonctionnelle selon le tableau suivant :

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10,0 %	15,9 %	20,8 %	25,2 %	29,2 %	33,0 %	36,6 %	40,0 %	43,3 %	46,4 %
20 %	12,6 %	20,0 %	26,2 %	31,7 %	36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %	14,4 %	22,9 %	30,0 %	36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %
40 %	15,9 %	25,2 %	33,0 %	40,0 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %	17,1 %	27,1 %	35,6 %	43,1 %	50,0 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74,0 %	79,4 %
60 %	18,2 %	28,8 %	37,8 %	45,8 %	53,1 %	60,0 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %	19,1 %	30,4 %	39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70,0 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %	20,0 %	31,7 %	41,6 %	50,4 %	58,5 %	66,0 %	73,2 %	80,0 %	86,5 %	92,8 %
90 %	20,8 %	33,0 %	43,3 %	52,4 %	60,8 %	68,7 %	76,1 %	83,2 %	90,0 %	96,5 %
100 %	21,5 %	34,2 %	44,8 %	54,3 %	63,0 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100,0 %

Le versement du capital Invalidité Permanente Partielle ne met pas fin au contrat. Cependant, en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle de l'Assuré, pendant la période de validité des garanties, l'Assureur versera au(x) Bénéficiaire(s) le capital garanti prévu aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'Invalidité Permanente Partielle.

Article 12 - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail inclut :

- le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale (art. 12.1) ;
- le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (art. 12.2) ;
- l'Exonération de paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale (art. 13).

12.1 - Versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré **pendant la période de validité de la garantie** et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, l'Assureur verse les indemnités journalières figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou une maladie garantie, d'observer un repos complet et continu l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. Une franchise de 90 jours sera appliquée dans ce cas. L'Assureur verse pendant la période de validité de la garantie, les indemnités journalières figurant aux Conditions Particulières du contrat ou du dernier avenant venant le modifier

Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou du dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale de travail médicalement justifiée et **au maximum pendant 1095 jours**, pour un même Sinistre.

Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d'indemnisation.

En aucun cas les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'emploi (si cette garantie a été souscrite) ne peuvent se cumuler.

12.2 - Versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle

Lorsque l'Assuré en Incapacité Temporaire Totale de travail reprend une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, lui rapportant gain ou profit, **pendant la période de validité de la garantie**, l'Assureur n'applique pas de nouvelle période de Franchise et verse des **indemnités journalières d'un montant égal à 50% du montant des indemnités journalières** figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Le versement des Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Partielle médicalement justifiée et **au maximum pendant 180 jours**.

12.3 - Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cette Incapacité Temporaire Totale de travail se produit dans les 60 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

12.4 - Cessation de versement des Indemnités Journalières

Le versement des Indemnités Journalières est interrompu :

- dès que l'Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle à plein temps ou ses occupations habituelles pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle ;
- après 1 095 jours en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- après 180 jours en cas d'Incapacité Temporaire Partielle ;
- pendant la période de congé légal de maternité ;
- à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite ;
- à la date du terme du contrat ;
- au plus tard à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ou le 70^{ème} anniversaire selon option choisie.

Article 13 - EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (EXO)

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail inclut l'Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail après **une période de Franchise identique à celle choisie pour le versement des indemnités journalières**, indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

La garantie Exonération du paiement des primes peut également être souscrite indépendamment de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail : **la Franchise sera alors de 90 jours**.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur remboursera les primes d'assurance réglées au titre du présent contrat au prorata temporis de la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, à compter de la fin de la période de Franchise, **au plus pendant 1 095 jours**, pour un même Sinistre.

Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d'exonération.

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cette Incapacité Temporaire Totale de travail se produit dans les deux mois suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et remboursera les primes d'assurance réglées dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

L'Exonération du paiement des primes cesse :

- dès que l'Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle y compris à temps partiel ou ses occupations habituelles pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle ;
- après 1 095 jours ;
- pendant la période de congé légal de maternité ;
- à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite ;
- au plus tard à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ou le 70^{ème} anniversaire selon l'option choisie si la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail est souscrite ;
- au plus tard à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré si la garantie Exonération du paiement des primes est souscrite indépendamment de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

LA GARANTIE EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES NE COUVRE PAS L'INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE.

Article 14 - EXCLUSIONS - GARANTIES FACULTATIVES

L'Assureur garantit l'Invalidité Permanente et Totale, l'Invalidité Permanente Partielle, l'Invalidité Professionnelle, l'Incapacité Temporaire Totale de travail et l'Exonération du paiement des primes si ces garanties ont été souscrites et figurent aux Conditions Particulières, sous réserve des exclusions énumérées à l'article 8 et des exclusions énumérées ci-après :

14.1 - SONT TOUJOURS EXCLUS LES CAS SUIVANTS, LEURS SUITES ET CONSEQUENCES :

- LES MALADIES OU ACCIDENT RÉSULTANT D'UNE NÉVROSE OBSESSIONNELLE, NÉVROSE HYSTÉRIQUE, NÉVROSE PHOBIQUE, PSYCHOSE, SCHIZOPHRÉNIE, SYNDROMES DÉLIRANTS, TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ, TROUBLE PSYCHOSOMATIQUE, DÉPRESSION Y COMPRIS DÉPRESSION DU POST-PARTUM ET DÉPRESSION RÉACTIONNELLE, TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR, TROUBLE AFFECTIF SAISONNIER, TROUBLE BIPOLAIRE, TROUBLE PANIQUE, PHOBIE SOCIALE, AGORAPHOBIE, TROUBLES OBSESSIONNEL COMPULSIF, TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ ET TROUBLE DU STRESS, ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE, TROUBLE DE L'ADAPTATION, ANOREXIE, BOULIMIE, BURN-OUT, FIBROMYALGIE OU SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE, DOULEURS CHRONIQUES, ASTHÉNIE, sauf si elles nécessitent une hospitalisation de plus de 10 jours continus en milieu psychiatrique ;
- LES ATTEINTES DE LA COLONNE VERTÉBRALE, HERNIE DISCALE, DISCOPATHIE, LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATIQUE, NÉVRALGIE, TASSEMENT VERTÉBRAL, sauf si elles nécessitent au moins 5 jours d'hospitalisation continue ou s'il s'agit d'une fracture ou s'il y a eu une intervention chirurgicale ;
- POUR LE CAS OÙ LES ENCOURS CUMULÉS ASSURÉS DES CONTRATS D'ASSURANCE EMPRUNTEUR DE L'ASSURÉ, DONT L'OBJET EST DE COUVRIR DES EMPRUNTS IMMOBILIERS, SONT STRICTEMENT INFÉRIEURS À 200 000 € ET POUR LESQUELS LA DATE DE FIN DU PRÊT EST ANTÉRIEURE AUX 60 ANS DE L'ASSURÉ, SONT EXCLUES :
 - LES ITT EN COURS AU MOMENT DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT,
 - LES INVALIDITÉS TOTALES OU PARTIELLES DONT LA DATE DE CONSOLIDATION EST ANTÉRIEURE À LA DATE DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT ;
- LES ARRETS DE TRAVAIL CORRESPONDANT À LA PÉRIODE DE CONGÉ DE MATERNITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, QUE L'ASSURÉE Y SOIT OU NON ASSUJÉTI ;
- LES ACCIDENTS RESULTANT DU NON-RESPECT PAR L'ASSURÉ DES PRESCRIPTIONS RÉGLEMENTAIRES APPLICABLES À L'EXERCICE DES SPORTS ET ACTIVITÉS QU'IL PRATIQUE ;
- LES SINISTRES SURVENANT ALORS QUE L'ASSURÉ SE TROUVE SOUS L'EMPRISE D'UN ÉTAT ALCOOLIQUE CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE, SOIT DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR, ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU SEUIL FIXÉ PAR LES DISPOSITIONS DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR, SOIT DANS L'AIR EXPIRÉ D'UN TAUX D'ALCOOL PUR, ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU SEUIL FIXÉ PAR LES DISPOSITIONS DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR ;
- L'USAGE PAR L'ASSURÉ DE STUPEFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS À DOSES NON PRÉSCRITES MÉDICALEMENT.

14.2 - EN OUTRE, SONT ÉGALEMENT EXCLUES LES SUITES ET CONSEQUENCES D'ACCIDENTS RESULTANT DE LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DES SPORTS OU ACTIVITÉS INDIQUÉS CI-APRÈS :

Toutefois, à la demande du Souscripteur, les sports ou activités mentionnés ci-après peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation par l'Assureur indiquée aux Conditions Particulières et moyennant une tarification spéciale .

- TOUT SPORT À TITRE PROFESSIONNEL ;
- TOUTE PARTICIPATION À DES PARIS, TENTATIVES DE RECORDS ;
- SPORTS EXTREMES : RAID AVENTURE ; SAUT À L'ÉLASTIQUE ; BASE JUMP ; CANYONING ; RAFTING ; ZORBING ; EXERCICES ACROBATIQUES ;
- MOTO EN COMPÉTITION ; TOUT SPORT AUTOMOBILE ;
- TOUT SPORT DE NEIGE OU DE GLACE (sauf patinage, curling, pratique sur piste balisée de ski alpin, ski de fond, monoski et surf) ;
- TOUT SPORT DE COMBAT ; ARTS MARTIAUX ;
- MOTONAUTISME ; PLANCHE À VOILE À PLUS DE 1 MILE DES CÔTES ; YACHTING ; PLONGÉE SOUS-MARINE ;
- ALPINISME ; ESCALADES EN MONTAGNE ET PASSAGE DE GLACIERS ; SPELEOLOGIE ; RANDONNÉE EN MONTAGNE EN SOLITAIRE OU AU-DELÀ DE 3000 MÈTRES ;
- ÉQUITATION EN COMPÉTITION ; COURSES DE CHEVAUX ; ÉQUITATION AVEC SAUTS D'OBSTACLE ; CHASSE À COURRE ; POLO ;
- TOUT SPORT AÉRIEN Y COMPRIS LE PARACHUTISME, L'ULM, LE VOL À VOILE, LA VOLTIGE AÉRIENNE, LE DELTAPLANE ET LE PARAPENTE ; L'UTILISATION AVEC OU SANS CONDUITE D'UN AVION DE TOURISME ;
- TAUROMACHIE ; CYCLISME EN COMPÉTITION.

Les garanties facultatives sont acquises lorsque les sports mentionnés à l'art. 14.2 sont pratiqués, de manière exceptionnelle, dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.

Article 15 - OPTIONS EXTENSIONS DE GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE OU INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE POUR LES PROFESSIONS MÉDICALES, PARAMÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES ET / OU INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Sous réserve d'acceptation par l'Assureur et moyennant une tarification spéciale, le Souscripteur a la possibilité, si les garanties IPT ou IP ou/et ITT ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux Atteintes Discales et / ou Vertébrales et / ou les exclusions liées aux Affections Psychiques des 1^{er} et 2^{ème} tirets de l'article 14.1. Ces options peuvent être choisies quel que soit le montant assuré. Le montant de la prestation de ces options est plafonné à 350 € par jour et à 1 500 000 € par personne assurée au sein de MetLife.

15.1 - Option «Atteintes Discales et / ou Vertébrales»

Si la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant des atteintes de la colonne vertébrale, hernie discale, discopathie, lumbago, lombalgie, sciatique, névralgie, tassement vertébral, après une **FRANCHISE MINIMALE DE 90 JOURS, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.**

Si la garantie Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT ou IP résultant des atteintes de la colonne vertébrale, hernie discale, discopathie, lumbago, lombalgie, sciatique, névralgie, tassement vertébral.

15.2 - Option «Affections Psychiques»

Si la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT faisant suite à une maladie ou un accident résultant d'une névrose obsessionnelle, névrose hystérique, névrose phobique, psychose, schizophrénie, syndromes délirants, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique, dépression y compris dépression du post-partum et dépression réactionnelle, trouble dépressif majeur, trouble affectif saisonnier, trouble bipolaire, trouble panique, phobie sociale, agoraphobie, trouble obsessionnel compulsif, trouble anxieux généralisé et trouble du stress, état de stress post traumatique, trouble de l'adaptation, anorexie, boulimie, burn-out, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, asthénie, après une **FRANCHISE MINIMALE DE 90 JOURS, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.**

Si la garantie Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT ou IP faisant suite à une maladie ou un accident résultant d'une névrose obsessionnelle, névrose hystérique, névrose phobique, psychose, schizophrénie, syndromes délirants, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique, dépression y compris dépression du post-partum et dépression réactionnelle, trouble dépressif majeur, trouble affectif saisonnier, trouble bipolaire, trouble panique, phobie sociale, agoraphobie, troubles obsessionnel compulsif, trouble anxieux généralisé et trouble du stress, état de stress post traumatique, trouble de l'adaptation, anorexie, boulimie, burn-out, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, asthénie.

IV. LA VIE DU CONTRAT

Article 16 - GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL

Sous réserve que l'Assuré ait accepté l'offre préalable de crédit faisant l'objet de cette demande d'assurance, l'Assureur couvre provisoirement le risque de décès de l'Assuré consécutif à un Accident, à hauteur du capital à assurer figurant sur la proposition d'assurance, dans la limite d'un montant maximum de 500.000 euros.

CETTE GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL NE COUVRE QUE LES ASSURES AGES DE MOINS DE 70 ANS AU JOUR DE LA RECEPTION PAR L'ASSUREUR DE LA PROPOSITION D'ASSURANCE DUMENT COMPLETEE ET SIGNEE.

Pour un même Assuré, la garantie provisoire décès accidentel ne pourra pas excéder 500.000 euros quel que soit le nombre de propositions d'assurance soumises.

La garantie provisoire décès accidentel prend effet à la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

- 15 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, de la notification de refus ou d'ajournement ou de la lettre d'acceptation indiquant les éventuelles surprimes ou exclusions, restée sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur au Souscripteur ou à son mandataire, des Conditions Particulières.

La durée maximale de la garantie est de 60 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

La prise d'effet du contrat Super Novaterm Crédit entraîne l'annulation de la garantie provisoire décès accidentel, dans toutes ses clauses et conditions, les deux garanties décès ne pouvant se cumuler.

CETTE GARANTIE EST ACCORDÉE SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNONCÉES À L'ARTICLE 8 DES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES ET N'EST VALABLE QUE POUR LES DECES SUITE A DES ACCIDENTS SURVENUS EN EUROPE (UE, AELE), EN AMERIQUE DU NORD, AU JAPON, EN AUSTRALIE, EN NOUVELLE-ZELANDE, A HONG-KONG ET A SINGAPOUR.

Article 17 - DATE D'EFFET

Sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 16, le contrat prend effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, sous réserve de l'encaissement de la première prime par MetLife.

Article 18 - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat SUPER NOVATERM CREDIT est souscrit pour une période limitée dont les dates de début et de fin sont indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Toutes les garanties cessent leurs effets au plus tard à la date de fin du contrat indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Article 19 - MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Toute modification du crédit, susceptible d'entraîner un changement au contrat, est également soumise à accord de l'Assureur et doit nous être déclarée dans un délai maximum de 3 mois.

En cas d'acceptation par l'Assureur, le contrat fera l'objet d'un avenant, signé par le Souscripteur, le Bénéficiaire acceptant et l'Assureur, indiquant les nouvelles garanties et la nouvelle prime correspondante.

Article 20 - PAIEMENT DES PRIMES - RÉSILIATION

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

Le Souscripteur a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, avec l'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, à chaque échéance de paiement de prime dans les formes prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Toute notification de résiliation par courrier, doit être adressée à Cbp France à l'adresse suivante :

Cbp France – Service MetLife - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9.

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

Conformément aux dispositions de l'Article L.132-20 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit du contrat.

Une copie de cette lettre sera envoyée à chaque Organisme prêteur.

Article 21 - REMBOURSEMENT ANTICIPE DU OU DES PRETS COUVERTS PAR LE PRESENT CONTRAT

Le contrat Super Novaterm Crédit a pour but exclusif de garantir un prêt accordé par un Organisme Prêteur (personne physique ou morale). En conséquence, le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur dans un délai de 3 mois tout remboursement partiel ou total du ou des prêts couverts par le présent contrat et de fournir un justificatif de l'organisme prêteur précisant la date du remboursement.

En cas de remboursement total du prêt

L'Assureur procédera à la résiliation du contrat et remboursera une fraction des primes payées couvrant la période postérieure à la date du remboursement anticipé, sous réserve de l'application de la prescription telle que décrite à l'article 33 des présentes Conditions Générales.

En cas de remboursement partiel du prêt

L'Assureur procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amené à rembourser une fraction des primes payées, sous réserve de l'application de la prescription telle que décrite à l'article 32 des présentes Conditions Générales.

Article 22 - REFUS DU OU DES PRÊT(S) PAR L'ORGANISME PRÊTEUR

En cas de refus du ou des prêt(s) par l'Organisme prêteur, le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 3 mois, accompagné des pièces justificatives. Les primes afférentes à ce(s) prêt(s), perçues par l'Assureur lors de la souscription, seront alors intégralement remboursées (sous réserve de l'application de la prescription telle que décrite à l'article 32 des présentes Conditions Générales) et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

V. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 23 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) doivent, dès qu'ils ont connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application des garanties, déclarer ce sinistre à l'adresse suivante :

**Cbp France
Service MetLife
CS 20008
44967 NANTES CEDEX 9**

ou sur l'espace assuré : <https://www.cbp4you.fr/>

Pour les garanties Indemnités Journalières et Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie concernée.

L'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) (son représentant légal ou ses ayants droit) doivent fournir à leurs frais, par lettre recommandée, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production (toute pièce médicale est à envoyer sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

L'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin désigné par l'Assureur.

Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 24 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- l'original de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,

- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'Organisme prêteur et / ou un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois lorsque le Bénéficiaire est une personne physique,
- un certificat Post Mortem et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

Pour bénéficier des prestations garanties au titre de la garantie provisoire décès accidentel, les Bénéficiaires du contrat devront également transmettre à l'assureur une copie de l'offre préalable de crédit.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 25 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE, D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE :

La preuve de l'Invalidité incombe à l'Assuré, lequel est tenu de déclarer la survenance d'un cas d'Invalidité et de faire parvenir à l'Assureur un certificat détaillé du médecin traitant.

Lorsque l'Assuré est assuré social, il doit avoir obtenu le bénéfice :

- de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré par la Sécurité Sociale pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- d'un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale supérieur ou égal à 66 % ou être classé parmi les invalides de 2^{ème} catégorie par cet organisme, pour la garantie Invalidité Permanente et Totale.
- d'un taux d'invalidité professionnelle supérieur ou égal à 66%, pour la garantie Invalidité Professionnelle.
- d'un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% pour la garantie Invalidité Permanente Partielle.

Toutefois, la reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité Sociale n'entraîne pas à elle seule le déclenchement de la prestation par l'Assureur qui reste libre de sa décision.

L'éligibilité au bénéfice de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente et Totale, Invalidité Professionnelle ou Invalidité Permanente Partielle doit être constatée et appréciée par le Médecin Conseil ou Expert de l'Assureur qui pourra contrôler à tout moment auprès de l'Assuré la persistance de l'Invalidité.

Les pièces justificatives à fournir sont :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé ainsi que sa date de Consolidation,
- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'Organisme prêteur,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- la notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 26 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET / OU D'EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la demande d'indemnités journalières et / ou de remboursement des primes doit être faite dans les délais et conditions mentionnés à l'Article 23.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Toute demande dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 3 mois après la fin de la période de Franchise ne sera pas prise en charge ni indemnisée par l'Assureur.

La demande doit être accompagnée :

- de l'arrêt de travail initial,
- d'un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant (document fourni par l'Assureur),
- des avis de prolongation d'arrêt de travail,
- des décomptes de la Sécurité Sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assuré social,
- d'un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

VI. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 - CHANGEMENT DE DOMICILE

Le Souscripteur est tenu d'aviser Cbp France de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 28 - DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 132-5-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, **dans les 30 jours** qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

**Cbp France
Service MetLife
CS 20008
44967 NANTES CEDEX 9**

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM CREDIT N°
souscrit le / / et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée, soit
 €. Fait à le / / Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du présent contrat et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Article 29 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, l'Assureur peut être amené à interroger les parties au contrat (Souscripteurs, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé au Souscripteur d'expliquer la raison de sa renonciation, si la prime à rembourser dépasse 1000 euros ou d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

Article 30 - MÉDIATION

Toute réclamation concernant le contrat doit être adressée à **Cbp France - Service réclamations - CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9**. Un accusé de réception sera adressé sous 48 heures et une réponse sera adressée dans un délai ne dépassant pas deux mois.

En cas de réponse défavorable, un recours peut être adressé au Médiateur Interne de MetLife à Metlife – Service Gestion Relation Clientèle, TSA 36835 – 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, et ce avant tout recours auprès du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09**

Le Médiateur de l'Assurance peut également être saisi en ligne au www.mediation-assurance.org

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits d'intenter une action en justice.

Article 31 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 32 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 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 lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par 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, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

Article 33 - ORGANISME DE CONTROLE

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE

Article 34 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Article 35 - E-DOCUMENT

Les documents contractuels vous seront envoyés à l'adresse e-mail communiquée à CBP France. Si vous souhaitez recevoir ces documents par courrier postal, vous devez en aviser l'Assureur en contactant le Service Relation Clientèle par téléphone.

MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *Designated Activity Company* », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *Designated Activity Company* », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.

ASSISTANCE EMPRUNTEUR

Annexe aux Conditions Générales de votre contrat Super Novaterm Crédit
référence CGSNC21A

BESOIN D'ASSISTANCE ?

- **Contactez le 01.40.25.16.99**
depuis l'étranger au + 33 1 40.25.16.99

Accessible 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans le corps de la convention
Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

- **Veillez indiquer à l'Assisteur :**

- Le nom et le numéro du contrat souscrit
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Article 1- OBJET

La présente convention a pour objet de définir les prestations couvertes au titre de la garantie ASSISTANCE EMPRUNTEUR souscrite dans le cadre de votre contrat Super Novaterm Crédit. La garantie ASSISTANCE EMPRUNTEUR est régie par le Code des assurances. Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par AWP FRANCE SAS, ci-après désignée sous le nom commercial "Mondial Assistance".

Votre contrat prévoit des prestations d'assistance en cas de Décès, Invalidité, Incapacité, conformément à la convention N°922688 établie entre MetLife et l'Assisteur. En cas de résiliation de ce protocole, MetLife souscrira un contrat auprès d'un autre assisteur pour des prestations équivalentes.

Article 2 - DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance n°922 688 (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

Aidant : Membre de la famille, majeur, qui vient en aide à titre non professionnel au Bénéficiaire en situation d'Incapacité ou d'Invalidité.

L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile de l'Aidant à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile du Bénéficiaire.

Animal de compagnie : Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens à l'exclusion de tout autre animal. Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Bénéficiaire : Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat « Super Novaterm Crédit »,
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

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

Domicile : Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

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

Etranger : Tout pays, à l'exclusion de la France et des Pays non couverts.

France : France métropolitaine où se situe le Domicile.

Frais funéraires : Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation obligatoires, de conditionnement, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

Hébergement : Frais d'hôtel en France (petit déjeuner compris) à l'exclusion de tout autre frais notamment de restauration, de boisson et de pourboires.

Incapacité : Diminution des facultés physiques et mentales d'une personne constatée par une autorité médicale l'empêchant d'exercer son activité professionnelle.

Invalidité : Diminution des facultés physiques et mentales d'une personne dont l'état ouvre droit à une pension d'invalidité dans les conditions prévues aux articles L341-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Membre de la famille : Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

Membre de la famille dépendant à charge : Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Pays non couverts : Corée du Nord. La liste mise à jour des pays exclus, est disponible sur le site internet d'AWP France SAS à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

Prestataire : Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

Proche : Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

Séquelle handicapante : Réduction des capacités fonctionnelles (physiques, intellectuelles, sensorielles) nécessitant la présence d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est constatée médicalement.

Téléconsultation médicale : Acte de télémedecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

Transport : Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

Article 3 - ÉVÉNEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites aux articles 5.2 et 5.3 peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- La prestation « TELECONSULTATION MEDICALE » est délivrée lorsque :
 - le Bénéficiaire se trouvant dans une situation aiguë non vitale a besoin d'un avis médical,
 - Et qu'il ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, soit son médecin traitant, soit un médecin parlant français, lorsque le Bénéficiaire est en déplacement à l'Etranger.
- Les prestations décrites à l'article 5.4 sont délivrées en cas de survenance d'une Incapacité ou d'une Invalidité du Bénéficiaire.
- Les prestations décrites à l'article 5.5 sont délivrées en cas de décès du Bénéficiaire en France.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 5.1 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Article 4 - VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Validité territoriale : Sauf mention particulière notée à l'article 5.1 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGES », les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas 90 (quatre-vingt-dix), jours consécutifs dans le monde entier à l'**exception des Pays non couverts**.

Durée de validité : Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat « Super Novaterm Crédit » et de l'accord liant METLIFE et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

Article 5 - PRESTATIONS

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

5.1 - Résumé des prestations et prises en charge

INFORMATIONS – CONSEIL – RESAUX DE SERVICES A DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Téléconsultation médicale – Consultation médicale par téléphone ou en ligne via un site internet – Identification d'un établissement de soins proche de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire – Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise	Limité à 5 appels par an et assuré	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestations rendues par téléphone exclusivement.
Conseil social	Illimité	
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimité	

PROGRAMME DE PREVENTION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Nutricoach	Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance	Utilisable à tout moment dès la souscription. Prestation rendue par téléphone exclusivement. Limité à 5 entretiens de suivi ou de coaching.

INCAPACITE OU INVALIDITE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE A DOMICILE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par événement garanti.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 500 € TTC maximum	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	La prise en charge est limitée à 1 fois par événement garanti.
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	
Accompagnement psychologique	3 entretiens par tel et/ou 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80€ TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL ACCOMPAGNEMENT APRES UNE LONGUE ABSENCE		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Bilan personnel et professionnel	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Les prestations doivent être activées dans les 24 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour Incapacité ou Invalidité. Les prestations sont limitées à une durée maximum de 12 mois .
Aide au retour à l'emploi ou Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance Et 10 heures maximum de consultation auprès d'un cabinet Prestataire organisée par Mondial Assistance	
Entretiens de suivi et de coaching	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	
COMPLEMENT EN CAS DE SEQUELLES HANDICAPANTES		
Accompagnement social	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Bilan de vie, et plan d'aide sont réalisés une seule fois par événement garanti. L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par événement garanti.
Assistance à l'aménagement du Domicile	Illimité	Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.
Téléassistance permanente au Domicile	Mise en relation sans prise en charge donnant droit à un tarif préférentiel	Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire.
Visites de maisons d'accueil	60 € TTC maximum par visite	Limité à 3 visites d'établissements par événement garanti.
Aides aux démarches administratives pour le déménagement	Illimitée	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Présence d'un Proche pour l'installation en établissement spécialisé	- Transport aller/retour : frais réels ; - Hébergement : 60 € TTC maximum par nuit dans la limite de 2 nuits.	Prestation mise en place une seule fois par événement garanti.
FORMATION DE L'AIDANT DU BENEFICIAIRE		
Préparation au rôle d'Aidant	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	La prestation rendue par téléphone exclusivement doit être activée dans les 3 mois suivant la survenance de l'Incapacité ou l'Invalidité du Bénéficiaire.
Orientation vers les groupes de parole	Mise en relation sans prise en charge	
Apprentissage des gestes d'accompagnement du Bénéficiaire	3 heures de formation à domicile + frais de déplacement du formateur	La prestation doit être activée dans les 3 mois suivant la survenance de l'Incapacité ou l'Invalidité du Bénéficiaire.

DECES

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ORGANISATION DES OBSEQUES		
Transport de corps	Coût du transport du corps organisé par Mondial Assistance	Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.
Frais funéraires	Frais funéraires : 2 500 € TTC par Bénéficiaire	
Coordination des obsèques	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	
FORMALITES APRES OBSEQUES		
Accompagnement personnalisé d'un Membre de la famille ou Service d'informations juridiques, administratives	Frais réels	Limité à 3 mois maximum. Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant les obsèques. La prestation « Service d'informations » est rendue exclusivement par téléphone.
ASSISTANCE PENSION DE REVERSION		
Assistance pour l'obtention de réversion et estimation	1 simulation au maximum	La prestation doit être utilisée dans les 3 mois suivant les obsèques.

5.2 - Informations – Conseils – Réseaux de services à domicile

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

■ Téléconsultation médicale

IMPORTANT

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18). En cas d'urgence détectée à l'Étranger, toutes les mesures seront mises en œuvre pour aider le Bénéficiaire à identifier les secours d'urgence, selon les mesures locales.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à Mondial Assistance, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

Il s'agit d'un service de télé-médecine.

Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation, réalisée par un médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

A l'issue de la Téléconsultation, le médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation en vigueur (notamment la réglementation relative au secret médical) :

- identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.

A l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

■ Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

■ Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- information sur les démarches administratives à effectuer ;
- informations pratiques : information loisirs pour les seniors, informations spécialisées pour les malvoyants, etc.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.3 - Programmes de prévention

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, le programme Nutricoach ci-après :

■ "Nutricoach" (programme d'éducation et d'accompagnement nutritionnel et aide à la perte pondérale)

Mondial Assistance fournit au Bénéficiaire :

- un bilan d'évaluation des pratiques alimentaires par rapport aux normes du Programme National Nutrition Santé,
- des informations sur les bonnes pratiques préventives et les règles hygiéno-diététiques pour une alimentation équilibrée et la gestion des écarts alimentaires,
- un accompagnement téléphonique à la mise en œuvre et au maintien d'une stratégie de perte pondérale.

Le programme "Nutricoach" s'appuie sur un site internet proposant un module de suivi et un générateur de menus adaptés à la situation et aux objectifs déclarés par le Bénéficiaire.

Un programme d'envoi de SMS est également proposé au Bénéficiaire pendant toute la durée de l'accompagnement.

Le programme d'information, d'éducation et d'accompagnement nutritionnel s'adresse aux Bénéficiaires âgés de 16 (seize) ans au moins avec, pour les Bénéficiaires de moins de 18 (dix-huit) ans, l'accord préalable des parents.

5.4 - Incapacité ou invalidité

ASSISTANCE A DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

■ Evaluation des besoins et recommandations

telle que décrite au 5.5 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

■ Enveloppe de services et d'aide à Domicile

telle que décrite au 5.5 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

■ Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

■ Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant.

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

■ Accompagnement psychologique

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

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 5.1 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

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

ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL – ACCOMPAGNEMENT APRES UNE LONGUE ABSENCE

Lorsque le Bénéficiaire est médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle, Mondial Assistance organise et prend en charge, les prestations définies ci-après :

■ Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle.

■ Bilan personnel et professionnel du Bénéficiaire afin de l'aider à définir son projet professionnel.

■ Aide au retour à l'emploi

Si le Bénéficiaire recherche un emploi salarié, Mondial Assistance le forme aux outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation
- préparation aux entretiens d'embauche
- activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux
- utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi

OU

■ Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle

Le Bénéficiaire est conseillé par un Prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

En aucun cas, Mondial Assistance ne se substitue au Bénéficiaire pour créer ou reprendre une entreprise.

■ Entretiens de suivi et de coaching

Des entretiens de suivi et de coaching permettent d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

COMPLEMENT EN CAS DE SEQUELLES HANDICAPANTES

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi hors jours fériés de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre, les prestations ci-après :

■ Accompagnement social comprenant :

- une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire ;
- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un plan d'aide pour faciliter sa vie à domicile,
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;
- des informations sur les aides auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

■ Assistance à l'aménagement du Domicile

Mondial Assistance fournit :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un audit de l'habitat par un Prestataire pour évaluer la conformité du Domicile à ses nouveaux besoins, les aménagements nécessaires pour son maintien à domicile et le coût des travaux associés,
- la mise en relation avec des Prestataires pour la réalisation des travaux.

Le coût des devis et travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.

■ Téléassistance permanente au Domicile

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au domicile **sans prise en charge**.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société GTS, société du groupe Allianz Global Assistance, Société Anonyme au capital de 720 000 euros, SIRET 330 377 193 00082 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sémard 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

■ Visite de maisons d'accueil

Transport (aller et retour) jusqu'aux établissements choisis par le Bénéficiaire ou son entourage.

Mondial Assistance ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier du Bénéficiaire par un établissement.

■ Aides aux démarches administratives pour le déménagement

Mondial Assistance fournit des renseignements sur les démarches administratives à effectuer en cas de déménagement.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

■ Aide au déménagement

Mondial Assistance met le Bénéficiaire en relation le avec :

- une entreprise de déménagement,
- un loueur de véhicule de type utilitaire se conduisant avec un permis B
- un Prestataire pour l'aider, par téléphone ou sur place, à faire l'état des lieux
- une entreprise spécialisée dans le nettoyage de locaux.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées minimum à compter de la demande.

■ Présence d'un Proche pour aider à l'installation du Bénéficiaire en établissement spécialisé

Transport (aller et retour) et Hébergement d'un Proche pour aider le Bénéficiaire lors de son installation en établissement spécialisé.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 72 (soixante-douze) heures ouvrées minimum à compter de la demande.

FORMATION DE L' Aidant DU Bénéficiaire

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi hors jours fériés de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial assistance organise et prend en charge les prestations définies ci-après :

■ Préparation au rôle d'Aidant

Mondial Assistance fournit des conseils destinés à prévenir l'Aidant des risques liés à sa nouvelle situation :

- des conseils pour rester en bonne santé,
- des conseils pour comprendre les difficultés du Bénéficiaire et éviter les gestes involontaires de maltraitance.

■ Orientation vers les groupes de parole

En fonction des disponibilités locales, Mondial Assistance oriente le Bénéficiaire vers des associations et des établissements spécialisés proposant des séances de discussion afin d'éviter un isolement de l'Aidant.

■ Apprentissage des gestes d'accompagnement du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière afin de former l'Aidant aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Bénéficiaire.

5.5 - Décès

ORGANISATION DES OBSEQUES

Mondial Assistance organise et prend en charge, les prestations définies ci-après :

- **Transport du corps** depuis le lieu du décès, la chambre funéraire ou le lieu de mise en bière jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France choisi par le défunt ou les Membres de la famille,
- **Frais funéraires** afférents à ce transport,
- **Coordination des Obsèques** par un Prestataire ou par une entreprise désignée par les Membres de la famille.

FORMALITES APRES OBSEQUES

Pour aider la famille du Bénéficiaire décédé à accomplir les formalités, Mondial Assistance organise et prend en charge, sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de la France métropolitaine), **1 (une) des 2 (deux) prestations définies ci-après** :

- **Accompagnement personnalisé** d'un Membre de la famille, comprenant :
 - un diagnostic de la situation sociale, professionnelle et économique du Bénéficiaire décédé et de sa famille afin d'identifier précisément les démarches à effectuer et les organismes concernés,
 - la rédaction des courriers (résiliation d'abonnements, arrêts des mailings, etc.),
 - une assistance administrative personnalisée (constitution des dossiers, courriers complémentaires, etc.).

Les courriers et dossiers sont envoyés au Membre de la famille qui se charge de les adresser sous sa signature aux organismes concernés.

OU

- **Service d'informations juridiques et administratives** pour obtenir des renseignements concernant :
 - les conséquences légales du décès, les droits et devoirs liés à la retraite et à la succession,
 - les démarches administratives à effectuer en cas de décès et après les obsèques.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

ASSISTANCE PENSION DE REVERSION

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance fournit au Conjoint survivant la prestation définie ci-après :

- **Assistance pour l'obtention de la pension de réversion comprenant** :
 - L'information sur les pensions de réversion,
 - une estimation du niveau de pension de réversion,
 - l'envoi des formulaires nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de pension de réversion, à l'exception des formulaires qui ne peuvent être obtenus que par le Conjoint survivant.

Les estimations et simulations réalisées à partir des éléments communiqués n'ont qu'une valeur indicative et sont dépourvues de toute valeur contractuelle.

5.6 - Description des services et aides à domicile

■ Evaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

■ Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués à l'article 5.1 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'événement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué à l'article 5.1 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'événement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

■ Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

■ Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par un auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

■ Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

■ Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

■ Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

■ Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'**exclusion des soins médicaux**). Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

■ Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

■ Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit un auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

■ Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande**. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** ».

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

■ Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

■ Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

■ Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

■ Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

■ Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthétique,ne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

Article 6 - RESPONSABILITÉ

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

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

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

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

Article 7 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire ;
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement ;
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne ;
 - les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense ;

- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité, antérieurement avérées/constituées,
- la participation du Bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle ou à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;
- l'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le Bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;
- les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : le kite-surf, le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, le delta-plane, planeur, parapente, toute activité de parachutisme ainsi que tout sport effectué avec ou à partir d'aéronefs ultralégers motorisés au sens du Code de l'aviation civile ;
- les conséquences d'un événement survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome ;
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation « Téléconsultation médicale » sont également exclues :

- les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale ;
- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle;
- les prescriptions particulières, telles que :
 - les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicaments réservés à l'usage hospitalier
 - médicaments à prescription hospitalière
 - médicaments à prescription initiale hospitalière
 - médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
 - les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
 - les médicaments soumis à accord préalable.
La liste exhaustive est accessible sur : http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf
- les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;
- la prescription de stupéfiants.

Article 8 - MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées. En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

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

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

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

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

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

Article 9 - COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

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

Article 10 - PRESCRIPTION

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

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 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 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 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 L114-3 du Code des assurances

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

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE :

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

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

Article 11 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Fragonard Assurances est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire] peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Fragonard Assurances se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Article 12 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

Article 13 - LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

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



MetLife croit fermement à la protection de la confidentialité et à la sécurité de vos **données personnelles**. Le présent document est désigné par le terme « Politique de confidentialité » et décrit comment nous utilisons vos données à caractère personnel que nous recueillons et recevons. Pour faciliter la compréhension de notre Politique de confidentialité, certains termes sont définis dans le **Glossaire** en fin de document.

Comment obtenir de l'aide

Pour toute question relative à notre Politique de Confidentialité ou insatisfaction quant à l'utilisation de vos données personnelles, veuillez contacter notre délégué à la protection des données dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous :

Délégué à la protection des données
dpdfrance@metlife.fr
MetLife - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX

Si vous n'êtes pas satisfait de notre réponse, vous pouvez vous adresser à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)
3 place de Fontenoy, 75007 Paris
Tél. : 01 53 73 22 22
www.cnil.fr

Quels sont vos droits ?

Nous avons établi ci-dessous un résumé de vos droits concernant vos données à caractère personnel. Vous trouverez plus de détails sur vos droits à la page **Vos droits en matière de confidentialité** :

Droits	Qu'est-ce que cela veut dire ?
1. Le droit d'être informé	Vous avez le droit de recevoir des informations claires, transparentes et facilement compréhensibles sur la manière dont nous utilisons vos données personnelles et sur vos droits.
2. Le droit d'accès	Vous avez le droit d'obtenir un accès à vos données personnelles que nous traitons. Ce droit vise également l'accès aux informations relatives aux caractéristiques du traitement. <i>Pour plus d'informations, voir Accéder à vos informations.</i>
3. Le droit de rectification	Vous avez le droit de faire corriger vos données personnelles si elles sont inexactes ou incomplètes. <i>Pour plus d'informations, voir Rectifier vos informations.</i>
4. Le droit à l'effacement	Ce droit, également appelé le « droit à l'oubli », vous permet de demander la suppression de vos données personnelles lorsque nous n'avons plus de motifs pour les utiliser. Toutefois, nous pouvons avoir un droit ou une obligation légale de conserver ces informations. <i>Pour plus d'informations, voir Effacer vos informations.</i>
5. Le droit à la limitation du traitement	Dans certains cas, vous avez le droit de « bloquer » ou de supprimer l'utilisation ultérieure de vos informations. Lorsque le traitement est limité, nous pouvons toujours conserver vos informations, mais nous ne pourrions plus les utiliser ultérieurement. Nous tenons des listes des personnes ayant demandé à « bloquer » l'utilisation ultérieure de leurs données personnelles pour nous assurer que la restriction soit respectée. <i>Pour plus d'informations, voir Limiter le traitement de vos informations.</i>
6. Le droit à la portabilité	Vous avez le droit d'obtenir une copie de certaines des données à caractère personnel que nous détenons sur vous et de les réutiliser ou de les partager à des fins personnelles. <i>Pour plus d'informations, voir Recevoir vos données à caractère personnel.</i>
7. Le droit d'opposition	Vous avez le droit de contester certains types de traitement, y compris le traitement à des fins de prospection (ce que nous faisons uniquement avec votre consentement). <i>Pour plus d'informations, voir S'opposer au traitement.</i>
8. Droits relatifs à la prise de décision automatisée et au profilage	Nous avons recours à la technologie pour créer des profils types. Cela signifie que nous faisons certaines suppositions sur les produits d'assurance qui pourraient vous intéresser et les utilisons pour vous envoyer des courriers marketing et/ou des produits d'assurance plus adaptés. <i>Pour plus d'informations, ou pour demander un examen d'une décision par l'une de nos équipes, voir Droits relatifs à la prise de décision automatisée et au profilage.</i>

À propos de MetLife

MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant sous le nom commercial MetLife) sont des sociétés de droit irlandais, constituées sous la forme de « Designated Activity Company », dont le siège social est situé au 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. Elles sont immatriculées en Irlande respectivement sous les numéros 415123 et 472350 et sont réglementées par la Central Bank of Ireland (autorité de contrôle irlandaise).

Les succursales pour la France sont situées au 5 Place de la Pyramide, 92800 Puteaux, et sont immatriculées au RCS de Nanterre respectivement sous les numéros 799 036 710 et 798956314.

MetLife est le **Responsable de traitement** de vos données personnelles.

Comment nous vous contactez

Nous pouvons vous contacter via l'un ou plusieurs des moyens de communication suivants : par téléphone, courrier, e-mail, message (SMS), messagerie instantanée ou par d'autres moyens électroniques.

Nous enregistrons tous les appels téléphoniques pour évaluer nos services et à des fins d'audit et de formation. Nous stockons en toute sécurité les enregistrements téléphoniques, conformément à nos politiques de conservation et aux lois en vigueur. L'accès à ces enregistrements est limité aux personnes ayant besoin d'y accéder aux fins énoncées dans la présente Politique.

Ce que nous apprenons sur vous

Les types de données personnelles que nous détenons peuvent inclure vos :

- nom ;
- coordonnées permettant de vous contacter y compris vos adresses e-mails et numéros de téléphone ;
- numéro de police ;
- données personnelles financières y compris vos coordonnées bancaires pour des prélèvements automatiques ;
- âge ou date de naissance ;
- sexe, profession ;
- hobbies, activités de loisirs ou sports ;
- détails de toute condamnation pénale ;
- **catégories particulières de données à caractère personnel** (voir ci-dessous).

Comment nous obtenons des informations sur vous

Ce que nous savons sur vous nous est essentiellement communiqué par vous lorsque vous nous contactez la première fois et lorsque vous êtes notre client. Vous pouvez nous communiquer des données à caractère personnel à différents moments et via plusieurs moyens de communication, y compris téléphone, e-mail ou courrier, par exemple lorsque vous :

- demandez des informations sur l'un de nos produits ou services d'assurance, ou en sollicitez un ;
- vous enregistrez pour accéder aux informations de votre compte financier ;
- demandez à ce qu'un conseiller de MetLife vous contacte ;
- participez à toute promotion ou enquête de MetLife ;
- faites une réclamation ; ou
- déposez une plainte.

En outre, nous pouvons recevoir des données personnelles par :

- des **Sponsors** qui nous fournissent des listes marketing incluant vos données à caractère personnel lorsque vous avez explicitement consenti à cet usage ; ou
- des banques/institutions de crédit et intermédiaires en assurance distribuant nos produits et services d'assurance.

Nous sommes susceptibles de vérifier vos données personnelles pour nous assurer qu'elles sont correctes et complètes auprès d'autres sources telles que vos proches, employeurs, prestataires de soins santé, autres assureurs, conseillers financiers, autres prestataires de services financiers ou **organismes de lutte antifraude**. Certaines de nos sources peuvent nous communiquer des **catégories particulières de données à caractère personnel**.

Ces informations peuvent nous être communiquées par email.

Comment nous traitons les catégories particulières de données personnelles

Nous pouvons recevoir ou recueillir des **catégories particulières de données personnelles** à caractère sensible telles que les données médicales.

Le traitement des catégories particulières de données personnelles nécessite votre consentement. L'absence de consentement aura pour conséquences de rendre impossible la gestion de votre contrat y incluant le traitement des sinistres éventuels.

Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel

Nous utilisons vos données à caractère personnel pour :

- vous proposer une assurance et gérer votre contrat d'assurance ;
- vérifier votre identité et se conformer à nos exigences légales et réglementaires ;
- vous communiquer les informations, produits et services que vous nous demandez ;
- gérer notre relation ;
- vérifier vos instructions ;
- analyser, accéder et améliorer nos services ;
- examiner toute réclamation que vous pourriez faire ;
- fournir des preuves dans tout litige ou litige éventuel entre nous ;
- vous communiquer des informations marketing lorsque vous avez consenti au marketing direct (*veuillez consulter également la rubrique **Marketing direct** ci-dessous*) ;
- vous informer des changements appliqués à nos produits et services d'assurance ;
- former notre personnel ; et
- suivre la qualité de nos produits et services d'assurance.

Nous pourrions également utiliser la technologie pour prendre des décisions automatisées y compris un profilage. Cette technologie utilise des algorithmes pour nous aider à cibler et proposer un produit d'assurance adapté. Cela signifie pour vous que les interactions peuvent être adaptées aux données personnelles rassemblées.

Pour une structure privée, effectuer un profilage des individus permet de mieux connaître leurs habitudes de consommation et davantage cibler les actions de promotion, afin de ne leur envoyer que les promotions qui sont réellement susceptibles de les intéresser. Si vous pensez que notre technologie fait une erreur, vous pouvez à tout moment nous demander d'examiner la décision. (*Voir « Vos droits - Droits relatifs à la prise de décision automatisée et au profilage ».*)

Légalité de notre traitement des données personnelles qui ne font pas partie d'une catégorie particulière de données à caractère personnel

La base juridique de notre traitement des données à caractère personnel qui ne font pas partie d'une **catégorie particulière de données à caractère personnel** dépendra de la raison pour laquelle nous traitons vos informations.

Lorsque vous souhaitez conclure ou avez signé un contrat d'assurance, nous traiterons vos données personnelles pour nous permettre de conclure et de gérer le contrat.

Lorsque vous utilisez notre site internet, nous traiterons vos données à caractère personnel recueillies par l'utilisation de cookies conformément à notre politique d'utilisation des cookies. Vous pouvez consulter notre Politique d'utilisation des cookies sur notre site interne.

Nous pourrions également avoir besoin de traiter vos données à caractère personnel pour respecter nos obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, la prévention du terrorisme et la vérification des sanctions, les plaintes et enquêtes ou les litiges.

Nous avons également un intérêt légitime à traiter vos données personnelles pour :

- l'analyse des réclamations y compris pour nous aider à fixer le prix de nos produits ;
- aux fins de souscription et de gestion de votre police d'assurance et pour traiter toute réclamation y afférente, ce qui peut inclure le partage de données avec d'autres sociétés du Groupe MetLife, des intermédiaires et d'autres sociétés liées à MetLife (*veuillez voir également **Comment nous divulguons vos données à caractère personnel***) ;
- aux fins de communication ;
- l'analyse de données personnelles anonymes pour nous permettre de développer et de cibler la prospection de nos produits et services ;
- la gestion continue de notre relation et maintien avec vous ;
- nos fins commerciales internes qui peuvent inclure une reprise des activités après un sinistre, la conservation/le stockage de documents, la continuité du service informatique (comme les sauvegardes et l'assistance) pour garantir la qualité des produits et services d'assurance que nous vous fournissons ;
- transactions d'entreprise (*veuillez voir également la rubrique ci-dessous **Comment nous traitons les données à caractère personnel lors d'une acquisition ou d'une vente***) ; et
- l'analyse de portefeuille mais uniquement de manière anonyme afin de nous permettre d'améliorer les produits et services d'assurance que nous fournissons aux clients.

Nous utiliserons les données à caractère personnel pertinentes pour vous communiquer des informations sur les produits, les offres spéciales et les services qui peuvent vous intéresser, sous réserve de votre accord.

Nous demanderons toujours votre consentement pour traiter vos données personnelles lorsque nous y sommes légalement obligés.

Comment nous divulguons vos données à caractère personnel

Nous pouvons utiliser et partager vos données à caractère personnel avec d'autres sociétés du Groupe MetLife pour :

- nous aider à évaluer votre demande de produits et services d'assurance ;
- nous aider à gérer votre police d'assurance et à traiter les réclamations ;
- confirmer ou rectifier les informations que nous avons sur vous ;
- nous aider à prévenir la fraude, le blanchiment de capitaux, le terrorisme et d'autres crimes en vérifiant les informations que nous détenons sur vous ;
- réaliser des recherches pour notre compte ;
- se conformer à la loi, par exemple, pour nous permettre de partager vos données à caractère personnel avec la police ou les organismes de lutte contre la fraude lorsque cela est nécessaire pour prévenir la fraude ;
- évaluer notre activité ;
- vous communiquer des informations sur MetLife, nos produits, des offres spéciales et des services qui pourraient vous intéresser ; et
- accomplir toute autre finalité commerciale telle que le développement de produit et l'administration du site internet.

Nous pouvons partager vos données à caractère personnel avec nos conseillers et avec d'autres tiers qui nous aident à vous proposer des produits et services d'assurance. Par exemple, nous pouvons partager vos données à caractère personnel :

- pour respecter la loi ou les règles de tout organisme de réglementation dont les règles s'appliquent à MetLife ;
- avec la police, et les **organismes de lutte antifraude** pour vérifier votre identité et si vous avez un casier judiciaire lorsque nous traitons une demande ou réclamation ;
- avec des tiers gestionnaires pour nous aider dans la gestion de votre police d'assurance ou de toute réclamation ;
- avec les sociétés imprimant ou envoyant des courriers et réalisant des activités de prospection pour notre compte ;
- avec des **réassureurs** qui aident à gérer nos activités et qui réduisent les risques liés aux polices d'assurance souscrites en répartissant les risques au sein d'institutions alternatives ;
- avec des **courtiers en assurance** ; ou
- avec des professionnels de santé, y compris des médecins et des centres médicaux.

Lorsque nous partageons vos données à caractère personnel avec des tiers qui réalisent des services commerciaux pour notre compte, nous exigeons d'eux qu'ils prennent les mesures nécessaires pour protéger vos données à caractère personnel et qu'ils les utilisent uniquement en vue de réaliser ces services.

Il existe d'autres raisons pour lesquelles nous sommes susceptibles de partager vos données personnelles :

- faire appliquer le contrat d'assurance ;
- répondre aux demandes d'un tribunal, d'une autorité de contrôle ou d'un gouvernement dans le cadre notamment d'un mandat d'arrêt ou d'une décision de justice ; et
- remettre les données à caractère personnel à l'Etat qui décidera d'éventuelles prestations à sa charge.

Comment nous traitons les données à caractère personnel lors d'une acquisition ou vente

À tout moment, nous pouvons vendre l'une ou plusieurs de nos activités ou gammes de produit/service à un autre prestataire, et vos données à caractère personnel peuvent être transférées dans le cadre de cette vente. Tout nouveau prestataire continuera à utiliser vos données à caractère personnel aux mêmes fins, sauf si vous recevez une notification contraire. Nous pouvons également partager vos données à caractère personnel avec des acquéreurs éventuels de nos activités et leurs conseillers, mais nous nous assurerons que les protections nécessaires sont en place pour protéger vos informations dans ces cas.

Comment nous protégeons vos données à caractère personnel

La sécurité et confidentialité de vos données à caractère personnel sont extrêmement importantes pour nous. Nous avons mis en place des procédures de sécurité ainsi que des mesures techniques de sécurité, pour :

- protéger vos données à caractère personnel de tout accès non autorisé et utilisation abusive ;
- sécuriser nos systèmes informatiques et protéger les informations ; et
- garantir que nous pouvons restaurer vos données dans des cas où elles seraient endommagées ou perdues.

Au besoin, nous utilisons le cryptage ou d'autres mesures de sécurité que nous estimons appropriées pour protéger vos données à caractère personnel. Nous réexaminons nos procédures de sécurité régulièrement pour réfléchir à de nouvelles technologies appropriées et à des méthodes actualisées. Mais, en dépit de nos efforts raisonnables, aucune mesure de sécurité n'est parfaite ou infaillible.

Marketing direct

Avec votre accord, nous pouvons vous envoyer du contenu marketing en rapport avec les produits, offres spéciales ou services susceptibles de vous intéresser. Des emails de marketing direct peuvent vous être envoyés. Vous pouvez également être contacté par téléphone, avec votre accord.

Si vous ne souhaitez plus recevoir du contenu marketing, c'est simple. À chaque fois que vous recevrez du contenu marketing direct, il vous sera indiqué comment vous désinscrivez dans ce contenu. Vous pouvez également sélectionner l'option « vous désinscrire » sur tout e-mail de marketing qui pourrait vous être envoyé.

Où transférons-nous vos informations ?

Nous pouvons transférer vos données à caractère personnel vers d'autres pays. Les pays de l'Espace Économique Européen sont réputés offrir le même niveau de protection des données à caractère personnel que la France. Lorsque nous transférons des données à caractère personnel ou les partageons avec d'autres pays hors de l'Espace Économique Européen, nous nous assurons que les personnes ou sociétés destinataires acceptent de les protéger de toute utilisation abusive ou toute divulgation, conformément à la loi relative à la protection des données, au moyen de **clauses types** ou d'autres mécanismes appropriés. Les sociétés hors de l'Espace Économique Européen destinataires incluent les autres sociétés du Groupe MetLife, les prestataires de services informatiques et d'autres fournisseurs.

Combien de temps conserverons-nous vos informations ?

Nos politiques de conservation des données respectent les lois en vigueur et la législation sur la protection de la vie privée auxquelles nous sommes soumis. Elles définissent la durée pour laquelle nous sommes autorisés à conserver tous les types de données et sont revues régulièrement.

La durée de conservation de vos données personnelles dépend des délais de prescription applicables. En l'absence de souscription du contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Les données que nous ne pouvons plus conserver, conformément aux restrictions de durée définies dans nos procédures, sont détruites.

Lorsque nous continuons à utiliser les données à des fins statistiques ou de recherche, nous nous assurons que les données sont anonymisées afin que vous ne puissiez en aucune façon être identifié par celles-ci.

Comment serez-vous informé de toute modification de cette Politique de confidentialité ?

Nous pouvons modifier la présente Politique de confidentialité à tout moment. Tout changement important dans la façon dont vos données à caractère personnel sont recueillies, utilisées ou partagées, fera l'objet d'une publication sur notre site internet.

Droit applicable

La présente Politique de confidentialité est régie par le droit français.

Vos droits à la vie privée

Cette rubrique explique plus en détails vos droits. Ces différents droits sont soumis à certaines exceptions.

Vous pouvez obtenir plus d'informations et de conseil sur vos droits auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy, 75007 Paris Tél. : 01 53 73 22 22 ou sur son site www.cnil.fr

Vous pouvez demander à recevoir gratuitement les données personnelles vous concernant sauf dans les cas suivants, où des frais raisonnables vous seront facturés pour couvrir nos coûts administratifs pour :

- les demandes manifestement sans fondement ou excessives/répétées, ou
- plusieurs copies des mêmes informations.

Par ailleurs, nous avons le droit de refuser de répondre à cette demande.

Veillez examiner votre demande de manière responsable avant de l'envoyer. Nous vous répondrons dès que possible, en général, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de votre demande. Vous serez informé dans le cas où votre demande nécessiterait un délai de traitement plus long.

Afin d'exercer l'un des droits décrits ci-dessous, contactez-nous en écrivant au Délégué à la Protection des Données de MetLife à MetLife, TSA 36835, 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.

Comment pouvons-nous vous aider ?

Accéder à vos informations	P3
Rectifier vos informations	P3
Effacer vos informations	P4
Limiter le traitement de vos informations	P4
Recevoir vos données à caractère personnel	P4
S'opposer au traitement	P4
Prise de décision automatisée et profilage	P4

Accéder à vos informations

À quoi pouvez-vous demander accès ?

Vous avez le droit de :

- recevoir une confirmation de notre part indiquant que vos données personnelles sont traitées ;
- avoir accès à vos informations ; et
- à certaines autres données personnelles.

Vous pouvez demander des copies des dossiers papiers et électroniques (y compris des appels enregistrés, s'il y a lieu) que nous détenons, partageons ou utilisons. Nous pouvons demander un justificatif d'identité et suffisamment de données personnelles pour nous permettre de localiser les données à caractère personnel demandées.

À quoi me sera-t-il refusé l'accès ?

Nous pouvons uniquement vous communiquer vos informations, et non les données à caractère personnel d'autres personnes. Nous ne sommes pas tenus de vous communiquer les informations vous concernant en rapport avec une plainte ou une procédure judiciaire et/ou lorsque l'accès à ces informations porterait atteinte aux droits d'une autre personne.

Veillez identifier clairement les données personnelles dans votre demande d'accès. Si votre demande n'est pas claire, nous pouvons vous recontacter pour obtenir plus de précisions.

Rectifier vos informations

Vous avez le droit d'obtenir la rectification de vos données personnelles inexactes. Nous examinerons alors votre demande et vos données personnelles pourront être rectifiées. Tout refus de rectification de notre part vous sera notifié.

Si vous considérez que nos informations sont toujours inexactes, vous pouvez nous l'indiquer par écrit (voir « **Obtenir plus d'informations**

relatives aux données à caractère personnel » pour les coordonnées). Votre déclaration sera intégrée au transfert de vos données personnelles à toute personne hors de MetLife.

Vous avez le droit de demander que vos données personnelles incomplètes soient complétées en fournissant une déclaration supplémentaire.

Votre demande de rectification est notifiée à toute tierce partie avec qui nous avons partagé vos données à caractère personnel (voir « **Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel** »). Une telle notification peut se révéler impossible ou exiger des efforts disproportionnés, malgré les mesures prises. Nous ne serions alors pas en mesure de notifier votre demande de rectification ou garantir que cette tierce partie procèdera à la rectification des données à caractère personnel en sa possession.

Comment consulter et rectifier vos informations

Vous pouvez consulter vos données personnelles ou nous prendrons des mesures nécessaires pour rectifier toute information inexacte sur demande écrite de votre part.

Pour des raisons de confidentialité judiciaire, nous pouvons ne pas être en droit de vous donner un accès aux informations vous concernant en rapport avec une plainte ou une procédure judiciaire.

Effacer vos informations

Quand pouvez-vous demander l'effacement de vos informations ?

Sous réserve de la rubrique ci-dessous « **Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de suppression ?** », vous avez le droit de faire supprimer vos données à caractère personnel, et d'interdire leur traitement, lorsque :

- les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires pour la finalité à laquelle elles ont été recueillies/traitées à l'origine ;
- vous retirez votre consentement (préalablement accordé et qui était requis pour traiter ces données) ;

- vous vous opposez au traitement et nos intérêts légitimes à pouvoir continuer de traiter vos données à caractère personnel ne sont pas prioritaires ;
- nous avons traité vos données à caractère personnel en violation de lois sur la protection des données ; ou
- les données à caractère personnel doivent être effacées afin de respecter une obligation légale.

Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de suppression ?

Le droit à l'effacement ne s'applique pas lorsque vos informations sont traitées pour certaines raisons spécifiques, notamment pour l'exercice ou la défense d'un droit en justice.

Sachez que si nous devons effacer vos données, nous ne pourrions plus vous maintenir votre couverture d'assurance ou vous proposer d'autres produits et services. En effet, la gestion du contrat d'assurance souscrit implique un traitement de vos données.

Devons-nous informer les autres destinataires de vos données personnelles de votre demande de suppression ?

Lorsque nous avons transféré à des tiers les données à caractère personnel que vous souhaitez supprimer (voir « **Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel** »), nous devons les informer de votre demande de suppression, afin qu'ils puissent supprimer les données personnelles en question. Une telle notification peut se révéler impossible ou exiger des efforts disproportionnés, malgré les mesures prises.

Il est également possible que le destinataire ne soit pas tenu/autorisé à supprimer vos données à caractère personnel car l'une des exemptions ci-dessous s'applique (voir « **Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de suppression ?** »)

Limitier le traitement de vos informations

Quand est-il possible de limiter le traitement de vos informations ?

Vous avez le droit de limiter le traitement de vos données personnelles :

- lorsque vous n'êtes pas d'accord avec l'exactitude des informations, nous devons alors limiter le traitement jusqu'à ce que nous ayons vérifié l'exactitude des informations ;
- lorsque le traitement est illégal et que vous refusez la suppression mais demandez une restriction à la place ;
- si nous n'avons plus besoin des données à caractère personnel mais que vous en avez besoin pour établir, exercer ou défendre un droit en justice ; ou
- lorsque vous vous êtes opposé au traitement dans les cas mentionnés au paragraphe (a) de « **S'opposer au traitement** », et que nous devons déterminer si ces intérêts légitimes devraient avoir la priorité.

Devons-nous informer les autres destinataires de vos données personnelles de la restriction demandée ?

Lorsque nous avons transféré vos données à caractère personnel à des tiers, nous devons les informer de la restriction sur le traitement de vos informations, afin qu'ils cessent de les traiter.

Une telle notification peut se révéler impossible ou exiger des efforts disproportionnés malgré les mesures prises.

Nous vous indiquerons également si nous décidons de lever une restriction sur le traitement.

Recevoir vos données à caractère personnel

Quand le droit à la portabilité des données est-il applicable ?

Le droit à la portabilité des données est applicable :

- aux données à caractère personnel que vous nous avez communiquées (pas aux autres informations) ;
- lorsque le traitement se fonde sur votre consentement ou la conclusion d'un contrat ; et
- lorsque le traitement est mené par des moyens automatisés.

Le droit à la portabilité est applicable uniquement aux données personnelles fournies dans le cadre de nos produits d'assurance et/ou marketing direct.

Quand pouvons-nous rejeter vos demandes de portabilité des données ?

Nous pouvons rejeter votre demande de portabilité de données si le traitement ne satisfait pas les critères ci-dessus. De plus, si les données à caractère personnel concernent plus d'une personne, nous pouvons refuser de vous les transférer si cela portait atteinte aux droits des autres personnes.

S'opposer au traitement

Vous pouvez vous opposer au traitement dans les cas suivants :

(a) Intérêts légitimes

Vous avez le droit de vous opposer, à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de vos données à caractère personnel fondé sur des intérêts légitimes.

Il sera mis fin au traitement de vos données à caractère personnel, à moins que nous puissions démontrer qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement de vos données à caractère personnel

qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés, ou pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

(b) Marketing direct

Vous pouvez vous opposer, à tout moment, au traitement de vos données à caractère personnel à des fins de prospection/marketing direct (y compris à des fins de profilage).

Vous pouvez vous désinscrire pour ne plus recevoir de newsletters ou d'autres emails de notre part, en cliquant sur le lien de désinscription figurant dans l'email. Vous pouvez également choisir de vous désinscrire des contenus marketing de notre part (voir « **Obtenir plus d'informations relatives aux données à caractère personnel** »).

Prise de décision automatisée et profilage

Vous avez le droit de vous opposer à une décision basée uniquement sur un traitement automatisé, y compris sur un profilage, qui aurait des effets juridiques pour vous ou vous affecterait de manière significative.

Comme indiqué dans notre Politique de confidentialité, nous pourrions utiliser une technologie qui réalise des prises de décisions automatisées et du profilage. (Voir « **Pourquoi nous avons besoin de vos données à caractère personnel** »).

Nous le ferions uniquement lorsque :

- cela est nécessaire pour la conclusion ou l'exécution d'un contrat entre nous ;
- ceci est autorisé par la Loi Informatique et Libertés telle que modifiée, que nous devons respecter et qui inclut des protections de vos droits, libertés et intérêts légitimes ; ou
- nous avons obtenu votre consentement explicite pour le faire à ces fins.

Bien que nous ayons confiance dans le fonctionnement de notre technologie, nous comprenons les inquiétudes suscitées par les décisions automatisées. C'est pourquoi vous pouvez demander une intervention humaine : indiquez-nous vos inquiétudes et contestez la décision si vous pensez que notre technologie a fait une erreur.

Glossaire

Les **Catégories particulières de données à caractère personnel** sont des types de données à caractère personnel qui peuvent révéler l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle, des informations sur la santé et toute donnée génétique ou biométrique d'une personne.

Les **Clauses types** sont des clauses contractuelles standard qui ont été approuvées par la Commission européenne comme offrant des garanties suffisantes pour permettre le transfert des données à caractère personnel hors de l'Espace Economique Européen.

Les **Données à caractère personnel** ou **Données Personnelles** sont toutes les informations personnelles relatives à une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par ces informations.

Les **Intermédiaires en assurance** tels que les courtiers trouvent des assureurs qui peuvent proposer un produit d'assurance qui corresponde aux exigences et besoins du client.

Les **Organismes de lutte antifraude** recueillent, maintiennent et partagent des données à caractère personnel sur le plan international sur des activités frauduleuses avérées et présumées.

La **Prise de décision automatisée** désigne les décisions prises par une analyse informatique comprenant le profilage, sans aucun réexamen ni aucune vérification par une action humaine, se basant sur le fait de savoir si les informations fournies correspondent à des critères d'acceptation prédéfinis ou non.

Le **Profilage** désigne toute forme de traitement automatisé des données à caractère personnel lorsque ces données sont utilisées pour analyser ou prévoir certains aspects personnels comme la situation économique, la santé, les préférences personnelles, les intérêts, la fiabilité ou le comportement d'une personne physique.

Les **Réassureurs** offrent une assurance aux compagnies d'assurance pour leur permettre de gérer leurs risques.

Le **Responsable du traitement** est la personne ou l'organisation qui décide des finalités et moyens de traitement des données à caractère personnel, seule ou avec d'autres parties.

Les **Sponsors** sont des tiers qui nous fournissent des listes de noms et de coordonnées à des fins de marketing.

Le **Traitement** désigne toute opération ou tout ensemble d'opérations réalisées sur les données à caractère personnel à savoir, la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conversation, l'altération, le retrait, la consultation, l'utilisation, la divulgation, l'effacement ou la destruction.



Super Novaterm Crédit

Notice d'Information Perte d'Emploi

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI

Notice d'Information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative
n° MFL2011005 souscrit par MetLife auprès de MetLife Europe Insurance d.a.c.

CG SNC PE Juillet 2021

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par MetLife ci-après dénommée le Souscripteur auprès de MetLife Europe Insurance d.a.c., ci-après dénommée l'Assureur. Ce contrat relève de la branche 16 (pertes pécuniaires diverses).

Le contrat est, par délégation de l'Assureur, géré par Cbp France, ci-après dénommé le Gestionnaire.

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI a pour objet le versement par l'Assureur d'une indemnité journalière indiquée au certificat d'adhésion en cas de perte d'emploi de l'Assuré survenue pendant la période de validité des garanties.

L'adhésion au contrat est composée de la présente Notice d'Information, du Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, du Certificat d'Adhésion ainsi que de tout avenant portant modification à l'adhésion au contrat.

Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de l'adhésion au contrat en fonction des déclarations de l'Assuré.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Adhérent : Personne physique ou morale désignée au Certificat d'adhésion. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat, notamment le paiement des primes.

L'Adhérent est obligatoirement souscripteur du contrat d'assurance individuel SUPER NOVATERM CREDIT.

Assuré : Personne physique, nommément désignée au Certificat d'adhésion sur la tête de laquelle repose la garantie. **L'Assuré est obligatoirement assuré au titre du contrat d'assurance individuel SUPER NOVATERM CREDIT.**

Assureur : MetLife Europe Insurance d.a.c., société d'assurance irlandaise exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire : Personne qui perçoit les prestations versées par l'Assureur. L'Assuré est le Bénéficiaire de la garantie Perte d'Emploi.

Date du Sinistre : Premier jour indemnisé au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E) par Pôle Emploi.

Délai de carence : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le Certificat d'adhésion. Tout Sinistre survenant pendant le délai de carence, ainsi que ses suites et conséquences, n'est jamais garanti, et ce pendant toute la durée de l'adhésion.

Franchise : Période qui débute à la Date du Sinistre et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. La prise en charge par l'Assureur intervient à l'expiration de cette période de franchise.

Gestionnaire : Le contrat est, par délégation de l'Assureur, géré par Cbp France, ci-après dénommé le Gestionnaire.

Reprise d'activité professionnelle : Après une période de Perte d'emploi, l'Assuré retrouve une activité professionnelle à temps complet ou à temps partiel, salariée ou non, occasionnelle ou non, temporaire ou non, quelle que soit la nature de cette activité.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. L'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même Sinistre.

Souscripteur : MetLife Europe d.a.c., agissant sous le nom commercial MetLife. Société d'assurance irlandaise ayant son siège social au 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande, immatriculée sous le numéro 415123 et réglementée par la Central Bank of Ireland. Société exerçant son activité en France par le biais d'une succursale, ayant son siège au 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux et immatriculée sous le numéro 799 036 710 RCS Nanterre.

UNEDIC : Régime de l'assurance chômage

Article 3 - CONDITIONS D'ADHESION

Pour pouvoir adhérer au contrat SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI, l'Adhérent doit obligatoirement avoir souscrit auprès du Souscripteur un contrat SUPER NOVATERM CREDIT incluant la garantie incapacité temporaire totale de travail au profit de l'assuré.

Une personne physique peut être assurée plusieurs fois au titre du contrat SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI. Le montant maximum d'indemnisation dû au titre de ces adhésions ne peut excéder 100 € d'indemnité journalière.

Par ailleurs, l'Assuré doit obligatoirement, au jour de l'Adhésion :

- être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 64 ans,
- résider en France métropolitaine (hors Corse),
- être salarié du secteur privé et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI),
- exercer une activité professionnelle en France métropolitaine (hors Corse) à plein temps ou à temps partiel d'au moins 80% d'un temps plein,

- ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel,
- être affilié au régime de l'UNEDIC.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'Assuré, s'il est différent, s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Article 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

La garantie s'étend aux seuls salariés du secteur privé exécutant leur contrat de travail en France métropolitaine (hors Corse). Les détachés ou expatriés peuvent également bénéficier de la garantie à la condition qu'ils puissent bénéficier selon le régime de l'UNEDIC de l'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E).

Article 5 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de perte d'emploi consécutive à un licenciement intervenu dans le cadre d'un emploi occupé en CDI, survenue pendant la période de validité de l'adhésion, l'Assureur verse à l'Assuré, à l'issue du Délai de carence et après la période de Franchise, une indemnité journalière dont le montant est indiqué au Certificat d'adhésion et est fonction de l'option choisie à l'adhésion. **Quelle que soit l'option choisie, le montant de l'indemnité journalière ne peut excéder 100 euros par jour et par assuré.**

Pour l'application de la garantie, le Délai de carence est de **180 jours** continus décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion. **Toute perte d'emploi survenue au cours de cette période ne donne pas droit à indemnisation.**

La période de Franchise est de **90 jours** continus à compter du premier jour d'indemnisation de l'Assuré au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E) par le Pôle Emploi.

Article 5.1 - CONDITIONS D'INDEMNISATION

Pour bénéficier de droits à indemnisation l'Assuré doit à la **Date du Sinistre** :

- être licencié,
- justifier d'une durée d'activité en CDI, à temps plein ou à temps partiel d'au moins 80% d'un temps plein, **d'au moins 365 jours** continus au sein de la même entreprise,
- bénéficier de l'A.R.E.

En cas de Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle perte d'emploi, l'Assuré doit, pour être indemnisé, pouvoir justifier d'une durée d'activité en CDI de **365 jours** continus.

Article 5.2 - DUREE DE L'INDEMNISATION

L'indemnité journalière est versée **au maximum pendant 365 jours** pour un même Sinistre et **au maximum pendant 730 jours** sur toute la durée de l'Adhésion.

Le versement des prestations cesse à la **1^{ère}** des dates ci-dessous, soit :

- à la date de Reprise d'activité professionnelle,
- à la date de résiliation de l'adhésion en cas de non-paiement des primes (selon les modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances),
- A l'issue de 365 jours d'indemnisation pour un même Sinistre,
- A l'issue de 730 jours d'indemnisation tous Sinistres cumulés,
- A la date de cessation du versement de l'A.R.E par Pôle Emploi,
- A la date de départ en retraite ou préretraite de l'Assuré,
- A l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le **65^{ème}** anniversaire de l'Assuré.

En tout état de cause l'indemnisation cesse à la date de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT dont l'Adhérent est souscripteur.

Article 6 - EXCLUSIONS

LA PERTE D'EMPLOI N'EST PAS GARANTIE SI ELLE EST DUE A :

- **UNE RUPTURE NEGOCIEE OU A LA DEMISSION DE L'ASSURE SUITE A UNE SUPPRESSION DE POSTE ET A SON REFUS D'ACCEPTER UN AUTRE** (même indemnisée par pôle emploi au titre de l'ARE) ;
- **UNE RUPTURE D'UN CONTRAT DE TRAVAIL QUI N'EST PAS UN CDI DONT LA DUREE EST SUPERIEURE A UN AN AU MOMENT DU SINISTRE ;**
- **UN LICENCIEMENT POUR FAUTE GRAVE OU LOURDE OU POUR FIN DE CHANTIER ;**
- **UN LICENCIEMENT ENTRE CONJOINTS, CONCUBINS, PARTENAIRES LIES PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE, ASCENDANTS, DESCENDANTS OU COLLATERAUX.**

DANS TOUS LES CAS, LA PERTE D'EMPLOI N'EST PAS GARANTIE SI L'ASSURE VIENT A PERCEVOIR TOUTE AUTRE PRESTATION QUE L'ALLOCATION D'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI (ARE).

II - LA VIE DE L'ADHESION

Article 7 - DATE D'EFFET ET DUREE

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur les Conditions particulières, sous réserve de l'encaissement de la première prime par l'Assureur, pour une durée d'un an puis est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'envoi du Certificat d'adhésion.

Elle prend fin à l'extinction de la garantie.

En aucun cas l'adhésion au contrat ne peut être renouvelée au-delà de l'échéance annuelle suivant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

L'adhésion prend fin automatiquement en cas de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT dont l'Adhérent est souscripteur.

Article 8 - MODIFICATION DE L'ADHESION

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur. Toute modification des conditions de l'adhésion fera l'objet d'un avenant signé par l'Adhérent et l'Assureur. L'Adhérent sera informé par le Souscripteur avant toutes modifications apportées à ses droits ou obligations dans le respect de l'article L.141-4 du Code des assurances.

Article 9 - PAIEMENT DES PRIMES - REVISION - RESILIATION

Le montant des primes figure aux Conditions particulières ou au dernier avenant venu le modifier. L'engagement de l'Adhérent porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la prime.

L'adhérent a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier chaque année le tarif applicable aux Assurés, si les résultats techniques du contrat sont défavorables. Le nouveau tarif s'appliquera à partir de l'échéance annuelle de chaque adhésion.

L'Adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion à condition d'en informer l'Assureur dans les formes prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances, quinze jours avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. Toute résiliation de cette nature sera définitive.

Conformément aux dispositions de l'Article L.141-3 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue entraîne la résiliation de plein droit de l'adhésion.

Article 10 - FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Article 10.1 - Fin de l'Adhésion

La fin de l'adhésion met fin aux garanties.

L'Adhérent peut résilier son adhésion chaque année :

- à l'échéance annuelle de l'adhésion moyennant préavis de deux mois.
- En cas de cessation ou de changement d'activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature et la portée de la garantie. La résiliation doit intervenir dans les trois mois suivant la connaissance de l'évènement et prend effet un mois après sa notification.
- En cas de révision des primes d'assurance selon les dispositions de l'Article 9.

L'Assureur peut résilier l'adhésion pendant les deux premières années de garantie :

- à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant un préavis de deux mois,
- Après deux ans, le droit au maintien des garanties est acquis jusqu'au terme de l'adhésion indiqué au certificat d'adhésion sauf pour les motifs suivants :
 - Non paiement des primes,
 - Réticence ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat,
 - Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

L'Adhésion prend fin de plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur,
- A l'issue de **730 jours** d'indemnisation tous Sinistres cumulés,
- A l'échéance annuelle qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- En cas de retraite ou préretraite de l'Assuré,
- En cas de décès de l'Adhérent ou de l'Assuré,
- A la date de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT de l'Adhérent.

En tout état de cause l'adhésion prend fin à la date de fin indiquée au Certificat d'adhésion ou au dernier avenant venu le modifier.

Article 10.2 - Forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion par l'Adhérent doit être notifiée dans les formes prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Toute notification de résiliation par courrier, doit être adressée au Souscripteur à l'adresse ci-dessous :

Cbp France
Service MetLife
CS 20008
44967 NANTES CEDEX

L'adhésion prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

La résiliation de l'Adhésion par l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Article 10.3 - Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, de plein droit ou par l'Assureur pour non paiement des primes, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'Assureur à l'échéance annuelle ou par l'Adhérent suite à une révision des primes ou au refus de l'Assureur de réduire la prime suite à une diminution du risque, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'une Perte d'Emploi survenue pendant la période de garantie est maintenu dans la limite et la durée contractuelle des obligations de l'Assureur.

III - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 11 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré doit, dès qu'il a connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application de la garantie, en informer le Souscripteur, à l'adresse suivante :

Cbp France
Service MetLife
CS 20008
44967 NANTES CEDEX 9

Ou sur l'espace assuré : <https://www.cbp4you.fr/>

La déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie. A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Tout Sinistre qui sera déclaré plus d'un an après sa survenance ne sera pas pris en considération.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 12 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

- la copie du contrat de travail en vigueur au moment de l'adhésion,
- le certificat de travail du dernier employeur ;
- la copie de la lettre de convocation à l'entretien préalable notifiant le licenciement adressée par l'employeur ; copie de la lettre de licenciement ;
- la copie de l'attestation destinée au Pôle emploi à remplir par l'employeur ;
- la copie de l'avis d'admission à l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) versée par Pôle emploi ou par un organisme prévu à l'article L.351-12 du Code du Travail ;
- les justificatifs de paiement de ladite allocation à compter du 1^{er} jour d'indemnisation par Pôle emploi (les justificatifs de prolongation doivent être fournis au fur et à mesure).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 - CHANGEMENT DE DOMICILE

L'Adhérent est tenu d'aviser le Souscripteur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 14 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, l'Assureur peut être amené à interroger les parties au contrat (Adhérents, Assurés, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé à l'Adhérent d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

Article 15 - MEDIATION

Toute réclamation concernant le contrat doit être adressée à **Cbp France – Service MetLife – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9**. Un accusé de réception sera adressé sous 48 heures et une réponse sera adressée dans un délai ne dépassant pas deux mois.

En cas de réponse défavorable, un recours peut être adressé au Médiateur Interne de MetLife à MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, et ce avant tout recours auprès du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Le Médiateur de l'Assurance peut également être saisi en ligne au www.mediation-assurance.org

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits d'intenter une action en justice.

Article 16 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 17 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,

- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,

- par 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, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

Article 18 - ORGANISME DE CONTROLE

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE.

Article 19 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

La présente adhésion ainsi que les relations pré-contractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la présente adhésion sera de la compétence des juridictions françaises.



MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.

Pack Accompagnement Décès

Conditions générales d'utilisation

CGUFUN01 - Mars 2023

Ce service est mis à disposition des Utilisateurs à leur demande :

- par simple appel au **04 83 93 56 83** (24h/7j)
- ou demande de contact sur le chat du site www.funerweb.fr ou sur contact@funerweb.fr

I. CHAMPS D'APPLICATION ET DÉFINITIONS

Le Pack Accompagnement Décès est un service de conciergerie, proposé par MetLife, et opéré par Funerweb, proposé aux Utilisateurs lorsqu'ils sont confrontés au décès d'un Assuré, du conjoint de l'assuré, des ascendants et descendants de l'assuré, des ascendants et descendants du conjoint de l'assuré..

Assuré : personne couverte par l'un des contrats d'assurance suivant : Super Novaterm Prévoyance, Super Novaterm Crédit, Super Novaterm Crédit Plus.

Contrat d'assurance : Super Novaterm Prévoyance, Super Novaterm Crédit, Super Novaterm Crédit Plus.

Funerweb : nom commercial de la société PF CONCEPT sas.

Utilisateur : toute personne physique âgée d'au moins 18 ans, qui demande un accompagnement et des conseils, dans les démarches liées au décès d'un proche, proche couvert par le Contrat d'assurance, tel que vu ci-dessus.

Prestataire : tout professionnel de pompes funèbres et autres professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge du décès et des conséquences liées au décès, retenu par Funerweb, proposé à l'Utilisateur et accepté par ce dernier.

L'Utilisateur déclare avoir la pleine capacité juridique lui permettant de s'engager au titre des démarches liées au décès et aux obsèques de la personne bénéficiant du service Pack Accompagnement Décès intégré dans son Contrat d'assurance.

Ce service est mis à disposition des Utilisateurs à leur demande :

- par simple appel au **04 83 93 56 83** (24h/7j)
- ou demande de contact sur le chat du site www.funerweb.fr ou sur contact@funerweb.fr

La gestion d'une demande par chat ou e-mail peut requérir plus de délai dans sa prise en compte par les services de Funerweb.

Le Pack Accompagnement Décès est proposé aux Assurés pour répondre à toutes les problématiques liées au décès, survenues ou prévues dans le cadre des Contrats d'assurance.

En accédant au service, l'Utilisateur est réputé avoir accepté sans restriction ni réserve les présentes conditions générales d'utilisation. Toute utilisation est subordonnée au respect de l'ensemble des termes des conditions générales d'utilisation.

Les services du Pack Accompagnement Décès de Funerweb sont proposés à l'Utilisateur et mis en place à sa demande expresse. Ils concernent (Liste non exhaustive) :

- La recherche d'un prestataire de pompes funèbres locales, pour assurer les funérailles du défunt ;
- La recherche de prestataires pour gérer les conséquences liées au décès ;
- La communication des informations essentielles, à connaître lorsque l'on est confronté à un décès ;
- Un avis sur le devis obtenu par l'Utilisateur lorsqu'il s'occupe lui-même de la recherche de pompes funèbres ;
- L'accompagnement dans les démarches administratives à mener dans le cadre d'un décès ;
- Les conseils essentiels autour du décès.

L'Utilisateur choisit librement les services qu'il souhaite se voir proposé.

En utilisant les services du Pack Accompagnement Décès, l'Utilisateur accepte d'engager une relation contractuelle avec le partenaire proposé et accepté par l'Utilisateur, et non la société PF CONCEPT qui agit uniquement en qualité d'intermédiaire en :

- Transmettant aux prestataires les détails de la demande ;
- En mettant en relation l'Utilisateur avec le prestataire retenu par les soins de Funerweb, et validé par l'Utilisateur ;
- En transmettant au prestataire les informations personnelles de l'Utilisateur et du défunt, nécessaires à la proposition, puis à la prestation retenue.

La société PF Concept ne propose aucun service ou produit à la vente.

De même, dans le cadre d'un décès, les conseillers Funerweb peuvent être amenés à donner des avis ou conseil. Il est néanmoins rappelé à l'Utilisateur en demande de conseils techniques ou juridiques, qu'il est nécessaire de se rapprocher des notaires et avocats dans le traitement de certaines demandes.

Il est rappelé que l'Utilisateur reste libre du choix des pompes funèbres.

Les informations communiquées par l'Utilisateur engagent celui-ci. Aux fins de bonne réalisation du service, l'Utilisateur s'engage à fournir ses éléments d'identification vérifiées. Ainsi, la responsabilité de la Société PF CONCEPT ou du Partenaire ne saurait en aucune manière être recherchée ou engagée dans l'éventualité où une erreur lors de la transmission des informations empêcherait ou retarderait l'exécution ou la livraison des services par le Partenaire.

II. RÉALISATION DE LA DEMANDE

Après acceptation de la prestation par le Partenaire, l'Utilisateur est informé et accepte que le Partenaire le contacte dans les meilleurs délais pour :

- fixer un rendez-vous ;
- obtenir les détails de l'organisation ainsi que les aspects spécifiques du défunt (corpulence, taille, etc.) ;
- établir le devis en conformité avec l'arrêté du 23 août 2010 ;
- établir le bon de commande ;
- réaliser la commande.

III. DONNÉES PERSONNELLES

A. COLLECTE

Dans le cadre de l'utilisation du Service, la Société PF CONCEPT est amenée à collecter et traiter certaines données personnelles du Client, ce qui est expressément accepté par ce dernier.

B. FINALITÉ

Vos données personnelles sont collectées notamment aux fins de :

- Exécuter les contrats conclus entre l'Utilisateur et le Prestataire retenu ;
- Envoyer des renseignements sur les services de la Société PF CONCEPT par email, SMS ou tout autre moyen de communication ;
- Remonter les informations à MetLife ou au courtier ;
- Donner accès et gérer les services de démarches après décès ;
- Assurer le respect de la législation applicable, les conditions générales d'utilisation ;

En effectuant une commande sur le Site, le Client accepte en outre de recevoir un email de la part de la Société PF CONCEPT, après la livraison des Produits par le Partenaire, qui invitera le Client à remplir un questionnaire de satisfaction.

C. DURÉE DE CONSERVATION

Les données personnelles du Client sont en principe conservées par la Société PF CONCEPT pendant une durée maximale de dix-huit (18) mois à compter du dernier contact avec le Client. Leur utilisation a pour seul objet le traitement de la demande de l'Utilisateur. Toute pièce justificative envoyée par l'Utilisateur sera systématiquement supprimée 24 heures après avoir été l'objet de son traitement.

Cependant, le Client est informé que certaines catégories de données personnelles sont susceptibles d'être conservées pour des durées différentes lorsque cela est requis par les lois applicables.

Conformément à la loi, l'Utilisateur a un droit d'accès et d'oubli en écrivant à rgpd@funerweb.fr

D. RESPONSABILITE DE PF CONCEPT

LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT N'EST TENUE QUE PAR UNE OBLIGATION DE MOYENS.

LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT NE POURRA PAS ÊTRE TENUE POUR RESPONSABLE EN CAS DE SUSPENSION DE SERVICES, PRODUITS OU OUTILS FOURNIS PAR DES TIERS.

EN TOUT ETAT DE CAUSE, AU CAS OU LA RESPONSABILITE DE LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT SERAIT RETENUE, LA GARANTIE DE LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT SERAIT LIMITEE AU MONTANT PAYE PAR LE CLIENT POUR LA FOURNITURE DU SERVICE.

E. FORCE MAJEURE

La Société PF CONCEPT ne pourra être considérée comme engageant sa responsabilité pour inexécution contractuelle totale ou partielle qui aurait pour cause un cas fortuit, un événement de force majeure, indépendant de sa volonté, rendant impossible la réalisation du Service.

Sont assimilés à des cas de force majeure, lorsqu'elles paralysent l'exécution du contrat, les circonstances suivantes : grèves, conflit de travail, lock-out, pénurie de matière première, grève des transporteurs, fait du prince, insurrection, attentat, guerre, destruction des sites de fabrications et de production, acte de dieu tel que les tremblements de terre, incendie, inondation.

L'exécution du contrat est suspendue pendant toute la durée de la force majeure sans aucune indemnisation à l'Utilisateur.

F. NULLITE PARTIELLE

Dans l'hypothèse où une stipulation des présentes conditions générales serait invalidée pour une raison quelconque, cette invalidation n'aura aucun effet sur la validité des autres stipulations.

G. DROIT APPLICATION – COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Les présentes conditions générales et les opérations qui en découlent sont régies et soumises au droit français.

TOUS LES LITIGES AUXQUELS LES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES POURRAIENT DONNER LIEU, CONCERNANT TANT LEUR VALIDITÉ, LEUR INTERPRÉTATION, LEUR EXÉCUTION, LEUR RÉSILIATION, LEURS CONSÉQUENCES ET LEURS SUITES ET QUI N'AURAIENT PU ÊTRE RÉSOLUES ENTRE LA SOCIÉTÉ PF CONCEPT ET LE CLIENT SERONT SOUMIS AUX TRIBUNAUX COMPÉTENTS DANS LES CONDITIONS DU DROIT COMMUN.





MetLife reçoit l'Oscar & le Label d'Excellence du meilleur contrat d'assurance emprunteur

courtage.metlife.fr

Fondé en 1868, MetLife est un acteur international de premier plan en assurance-vie et en prévoyance salariés avec près de 100 millions de clients à travers 50 pays et occupe une position de leader aux États-Unis, au Japon, en Amérique Latine, en Asie, en Europe et au Moyen-Orient. En France depuis 50 ans, MetLife et ses 200 collaborateurs proposent des offres de prévoyance à des hommes et des femmes, particuliers, professionnels et entreprises. Grâce à sa capacité à prendre des risques et à sa parfaite maîtrise des circuits de distribution, MetLife offre des solutions adaptées et performantes pour répondre aux particularités de chacun. En s'appuyant sur des milliers de courtiers indépendants, MetLife commercialise de l'assurance emprunteur individuelle et des garanties de prévoyance. Son savoir-faire commercial, médical et financier lui permet d'apporter des réponses personnalisées à ses clients, notamment en cas de problème de santé, d'âge ou de capitaux élevés, de sport ou profession à risque. MetLife a tissé également depuis plus de 20 ans des liens de partenariats forts dans les secteurs variés tels que l'énergie, l'e-commerce, le crédit ou avec des Fintechs très dynamiques et en pleine expansion à l'international. MetLife propose des solutions personnalisées de Ventes Directes de produits affinitaires en marque blanche et opère également en marque propre sur le web.

MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland (CBI). SNC_Liass8_0622



Traversons la vie ensemble

