



NOTICE D'INFORMATION

Contrat n°002104003 MK

1. DEFINITIONS

Souscripteur : ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL

Assuré : L'adhérent de l'ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL, à jour de ses cotisations, pris dans le cadre de ses activités professionnelles.

Assureur : Covéa Protection Juridique
Société Anonyme d'Assurances régie par le Code des Assurances
33, rue de Sydney
72045 LE MANS CEDEX 2
Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Litige : Toute opposition d'intérêts entre l'Assuré et un tiers, qui se traduit par une réclamation ou une poursuite dont il est l'auteur ou le destinataire.

Tiers : Toute personne physique ou morale non assurée par le contrat, à l'exclusion du Souscripteur et de l'Assureur.
Les Assurés peuvent être tiers entre eux.

2. OBJET DE L'ASSURANCE

Ce contrat est un contrat régi par le Code des Assurances.

L'Assureur fournit à l'Assuré, pris dans le cadre de ses fonctions, et pour les litiges définis à l'article 3, les prestations ci-dessous.

2.1. Conseil juridique téléphonique

Dans le cadre de sa mission de prévention, l'Assureur informe l'Assuré sur ses droits et obligations ainsi que sur les mesures nécessaires à la sauvegarde de ses intérêts.

2.2. Défense judiciaire des intérêts

A défaut de trouver une solution amiable et si le litige repose sur des bases juridiques certaines, une suite judiciaire est donnée au litige.

L'Assureur prend en charge les frais de justice et honoraires d'avocat engendrés par une procédure conformément aux dispositions de l'article 4.

3.3 Assistance Psychologique

Dans le cadre d'un partenariat mis en place avec Assistance Protection Juridique, cette garantie est accordée par :

FIDELIA ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 12 571 744 euros entièrement libéré, Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro B 377 768 601

Siège social : 8 rue Boissy d'Anglas – 75008 PARIS

Siège opérationnel : 27 quai Carnot - BP 550 – 92212 SAINT-CLOUD CEDEX.

3. GARANTIES ET EXCLUSIONS

L'Assureur prend en charge les litiges ci-après désignés qui sont pris en charge au titre de l'activité professionnelle de l'Assuré.

3.1. Garanties

L'Assureur prend en charge les litiges ci-après désignés qui sont pris en charge au titre de l'activité professionnelle de l'Assuré.

Les garanties de défense devant les juridictions pénales, civiles et financières ainsi que les garanties recours sont mises en œuvre, soit lorsque l'employeur de l'Assuré refuse de l'assister juridiquement en défense ou en recours, soit lorsque l'assuré demeure dans l'attente de l'assistance juridique et financière de son employeur. Dans ce second cas, la prise en charge de l'Assureur cesse dès lors qu'est acquise l'assistance de l'employeur.

3.1.1 DEFENSE

L'Assureur prend en charge la défense de l'Assuré poursuivi dans le cadre de l'exercice de ses fonctions professionnelles de Directeur d'Hôpital ou de ses activités professionnelles à la suite d'un détachement, d'une mise à disposition, d'une disponibilité ou toute autre position statutaire d'activité :

- devant une juridiction répressive en qualité d'auteur, de coauteur ou de complice d'une infraction pénale résultant d'une maladresse, imprudence, négligence, méconnaissance ou inobservation de la loi et du règlement, notamment en cas d'infraction au code des marchés publics ,
- devant une juridiction civile,
- devant une juridiction financière,
- devant toute juridiction lorsqu'il est mis en cause pour des agissements de harcèlement moral au travail.

3.1.2 RECOURS

HARCELEMENT MORAL AU TRAVAIL

L'Assureur prend en charge les recours que l'Assuré victime d'agissements répétés de harcèlement moral au travail voudrait exercer :

- en matière pénale contre le(s) tiers auteur(s) du harcèlement,
- en matière administrative en réparation du préjudice subi et/ou à l'encontre des décisions administratives individuelles participant au harcèlement.

VIOLENCES VOLONTAIRES

L'Assureur prend en charge la plainte que l'Assuré voudrait déposer contre un tiers auteur à son encontre de violences volontaires infligées dans l'exercice de ses fonctions professionnelles devant témoin(s) ou lui ayant causé une incapacité totale de travail.

DIFFAMATION

L'Assureur prend en charge le recours pénal que l'Assuré voudrait engager contre un tiers auteur à son encontre de diffamation ou d'injures publiques.

DENONCIATION CALOMNIEUSE

L'Assureur prend en charge la plainte que l'Assuré voudrait déposer contre le(s) tiers auteur(s) à son encontre de dénonciation calomnieuse.

La dénonciation doit découler d'une mise en cause de la responsabilité pénale de l'Assuré dans le cadre de l'exercice de ses fonctions professionnelles, mise en cause suivie d'une décision d'acquiescement, de relaxe ou de non-lieu déclarant que la réalité du fait n'est pas établie ou que celui-ci n'est pas imputable à l'Assuré.

3.1.3 PROCEDURE DISCIPLINAIRE

L'Assureur prend également en charge la défense des intérêts de l'Assuré faisant l'objet d'une procédure disciplinaire.

3.1.4. RECHERCHE D'AFFECTATION

L'Assureur prend en charge les litiges relatifs au placement de l'Assuré en position de recherche d'affectation.

3.2 EXCLUSIONS

L'Assureur ne prend pas en charge les litiges :

- **déoulant d'une infraction aux règles de la circulation automobile ;**
- **se rapportant à une situation dans laquelle l'Assuré est en infraction avec une obligation légale d'assurance ;**
- **provenant d'un dol ou d'une faute intentionnelle de l'Assuré ;**
- **déclarés postérieurement à la date à laquelle a cessé le contrat groupe ;**
- **concernant la vie privée de l'Assuré ;**
- dont l'origine connue de l'Assuré est antérieure :

- au 1^{er} mars 1997 pour la garantie « Défense devant une juridiction répressive » ;
- au 1^{er} janvier 2002 pour les garanties « Défense devant les juridictions civiles », « Défense devant les juridictions financières », « Défense devant une instance disciplinaire en lien avec une mise en cause pénale de l'Assuré » et recours « Violences Volontaires », « Diffamation », « Dénonciation calomnieuse » ;
- au 1^{er} juillet 2012 pour les garanties « Procédure Disciplinaire » et « Recherche d'affectation » ;
- au 1^{er} juin 2013 pour les garanties « Défense harcèlement moral » et « Recours harcèlement moral » ;
- à la date d'adhésion à l'ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL si elle a lieu postérieurement à ces dates ;

Sont cependant pris en charge les litiges dont l'origine est antérieure aux dates ci-dessus ou à la date d'adhésion alors que l'Assuré exerçait déjà une fonction de Directeur d'Hôpital s'il justifie n'en avoir eu connaissance que postérieurement à ces dates.

4. ETENDUE DES GARANTIES

4.1. Territorialité

Les garanties du contrat s'appliquent aux litiges relevant de la compétence des juridictions françaises siégeant en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et dans les Pays et Territoires d'Outre-Mer, ainsi qu'aux litiges survenant dans les pays où l'Assuré remplit une mission dans le cadre de ses activités professionnelles.

Pour les juridictions siégeant hors de France métropolitaine et des Départements et Régions d'Outre-Mer, le plafond de garantie est fixé à 1 500 euros par litige.

4.2. Seuil d'intervention

Seuls sont susceptibles d'être pris en charge, les litiges dont l'intérêt pécuniaire minimum s'élève à :

- en défense : néant
- en recours : 150 €

4.3. Plafond global de garantie

C'est le montant maximum des frais de justice et honoraires pris en charge par l'Assureur pour un litige. Il s'élève à **106.715** euros (sauf plafond spécifique de l'article 4.1, paragraphe 2).

4.4. Plafond spécifique de prise en charge des honoraires d'avocat, T.V.A incluse

C'est le montant maximum des honoraires payés par l'Assureur en règlement de chacune des diligences de l'avocat de l'Assuré ; il fait l'objet du tableau ci-dessous.

Ce plafond est réévalué chaque année et peut être communiqué par le Souscripteur à l'Assuré sur simple demande. Il est par ailleurs remis à l'Assuré par l'Assureur dans le cadre de la gestion d'un litige pris en charge.

L'Assureur prend en charge et règle ou rembourse, dans les plus brefs délais, les honoraires d'avocat et les frais de justice afférents à des actes et démarches pour lesquels il a donné son accord préalable, dans la limite du plafond global de garantie et du plafond spécifique de prise en charge des honoraires d'avocat figurant sur le tableau ci-dessous.

S'agissant des transactions, désistement ou abandon des poursuites, et sous réserve qu'il soit préalablement informé de la saisine de l'avocat par l'Assuré, l'Assureur prend en charge les honoraires dans les conditions suivantes :

● **en cas de transaction formalisée avec l'autre partie ou en cas d'abandon des poursuites dont l'Assuré fait l'objet :**

- honoraires demandés **dans la limite du plafond** contractuel de prise en charge des honoraires d'avocat correspondant à une affaire plaidée devant la juridiction compétente,

● **en cas de désistement de l'Assuré demandeur à l'instance :**

- honoraires demandés **dans la limite de 50% du plafond** contractuel de prise en charge des honoraires d'avocat correspondant à une affaire plaidée devant la juridiction compétente.

Sauf en cas d'urgence, l'Assuré ne doit pas régler personnellement des frais, provisions ou honoraires sans avoir obtenu l'accord préalable de l'Assureur qui, n'ayant pu en apprécier le bien-fondé, peut donc refuser de lui rembourser.

PLAFOND SPECIFIQUE DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCAT - 2019

Par ordonnance, jugement ou arrêt (y compris la préparation du dossier et la plaidoirie). Les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de téléphone, de déplacement, etc.) sont inclus dans l'honoraire que nous réglons dans le cadre de ce plafond.

La mise en œuvre de ce plafond dépend des garanties protection juridique dont l'assuré est bénéficiaire.

PROCEDURES	Montant T.T.C.	Montant H.T.
. Tribunal d'instance	828 €	690.00 €
. Tribunal de grande instance	1 111 €	925.83 €
. Pôle social du Tribunal de Grande Instance	987 €	822.50 €
. Conseil de prud'hommes :		
- audience de conciliation (sans conciliation)	633 €	527.50 €
- audience de conciliation (avec conciliation)	1 129 €	940.83 €
- audience de jugement	841 €	700.83 €
. Tribunal de commerce	1 014 €	845.00 €
. Tribunal administratif	1 136 €	946.67 €
. Conseil de discipline :		
- suivi de sanctions	694 €	578.33 €
- non suivi de sanctions	1 043 €	869.17 €
. Juge de l'expropriation	918 €	765.00 €
. Tribunal de police 5ème classe	891 €	742.50 €
. Tribunal correctionnel :		
- hors mise en examen de l'assuré	928 €	773.33 €
- mise en examen de l'assuré, incluant un forfait de 15 heures d'assistance à instruction	3 878 €	3 231.67 €
. Cour d'assises et cour d'assises des mineurs	1 164 €/journée	970.00 €
. Cour d'assises (mise en examen de l'assuré incluant un forfait de 15h d'assistance à instruction)	4 885 €	4 070.83 €
. journée d'audience supplémentaire = plafond "cour d'assises"		
. Chambre de l'instruction et juridiction d'application des peines	595 €	495.83 €
. Composition pénale, présentation au procureur	727 €	605.83 €
. CIVI-CRCI-ONIAM	742 €	618.33 €
. Commission	354 €	295.00 €
. Tribunal paritaire des baux ruraux :		
- audience de conciliation	309 €	257.50 €
- audience de jugement	593 €	494.17 €
. Autres juridictions de 1ère instance françaises	928 €	773.33 €
. Juridictions étrangères du 1er degré	1 010 €	841.67 €
. Cour d'appel	1 195 €	995.83 €
. Postulation cour d'appel	630 €	525.00 €
. Recours devant le 1er président de la cour d'appel	784 €	653.33 €
. Recours contre une décision du 1er degré ou autre devant une juridiction étrangère	1 515 €	1 262.50 €
. Cour de cassation et conseil d'état :		
- en demande	2 627 €	2 189.17 €
- en défense	2 326 €	1 938.33 €
. Juridictions européennes	1 430 €	1 191.67 €
. Référé (dont référé suspension) et juge de l'exécution	604 €	503.33 €
. Ordonnance du juge de la mise en état	604 €	503.33 €
. Ordonnances (notamment sur requête gracieuse) (forfait)	362 €	301.67 €
. Question prioritaire de constitutionnalité	534 €	445.00 €
INTERVENTIONS		
. Suivi expertise judiciaire (forfait)	274 €	228.33 €
. Assistance à expertise/instruction (toutes juridictions)	141 €/heure	117.50 €
. Déclaration de créance /relevé de forclusion par avocat en cours de procédure	152 €	126.67 €
. Démarches au parquet	136 €	113.33 €
. Témoin assisté (forfait 5h)	668 €	556.67 €
. Assistance à garde à vue (si entre 20h et 6h, week-end et jour férié, honoraire doublé)	133 €/heure	110.83 €
. Rédaction de plainte avec constitution de partie civile	362 €	301.67 €
. Frais de photocopies (forfait par affaire confiée)	12 €	10.00 €
. Intervention amiable (art. L 127-2-3 du Code des assurances)	228 €	190.00 €

+ Bonus transaction amiable aboutie mettant fin au litige	343 €	285.83 €
. Médiation (pénale, civile, conventionnelle) conciliation et procédure participative par avocat	727 €	605.83 €
+ Bonus transaction amiable aboutie mettant fin au litige : différence avec le plafond d'honoraires dû devant la juridiction compétente		
. Renvoi en conciliation par le juge (civil, pénal) sans conciliation	354 €	295.00 €
. Consultation avocat à la Cour de Cassation /Conseil d'Etat	1 313 €	1 094.17 €
. Transaction amiable aboutie, après assignation au fond, par avocat : 100 % des honoraires dus devant la juridiction compétente		
. Transaction amiable aboutie, après assignation au fond, hors avocat ou après désistement : 50 % des honoraires dus devant la juridiction compétente		

4.5. Frais non pris en charge

Les cautions pénales, les amendes, les astreintes, les sommes auxquelles l'Assuré pourrait être condamné à titre principal et personnel ainsi que les frais et dépens exposés par la partie adverse et qui doivent être supportés par l'Assuré par décision judiciaire, de même que les **sommes** au paiement desquelles l'Assuré pourrait être éventuellement condamné **au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L 761-1 du Code de Justice Administrative ne sont pas pris en charge.**

Sont également exclues de la prise en charge les consignations susceptibles d'intervenir dans le cadre d'une procédure pénale initiée par l'Assuré sauf lorsqu'elles sont demandées à l'Assuré qui dépose une plainte **consécutivement à des violences volontaires** dans le cadre de la garantie décrite au paragraphe "Recours - Violences Volontaires".

L'Assuré bénéficie en priorité des sommes recouvrées sur l'adversaire au titre des dépens, de l'article 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L761-1 du Code de Justice Administrative. L'Assureur, subrogé dans ses droits, n'en bénéficie que de manière subsidiaire, à concurrence des sommes qu'il a avancées.

5. CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

L'Assuré doit être adhérent à l'ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL et à jour de cotisations lors de sa déclaration de litige ou de sa demande téléphonique.

La disparition de cette condition emporte perte du bénéfice de la garantie de défense pénale et recours pénal professionnel.

Les litiges susceptibles d'être pris en charge doivent :

- être fondés en droit, c'est-à-dire défendable au regard des sources juridiques en vigueur ;
- avoir une origine postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat, ou à la date d'adhésion à l'ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL si elle a eu lieu postérieurement.
Sont cependant pris en charge les litiges dont l'origine est antérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat si l'Assuré justifie n'en avoir eu connaissance que postérieurement à cette date ;
- être déclarés antérieurement à la date à laquelle a cessé le contrat.

En cas d'interrogation sur les conditions de mise en œuvre du contrat, l'Assuré peut appeler le service de l'Assureur : du lundi au vendredi, hormis les jours fériés et chômés, de 9H00 à 17H30 (heure de métropole) au numéro suivant : 01.49.14.87.20.

6. GESTION DES PRESTATIONS

La langue utilisée dans le cadre des relations entre l'Assuré et l'Assureur est le français. Il ne peut pas être demandé à l'Assureur de traduire des courriers ou documents dans le cadre de la gestion d'un litige ni de répondre au téléphone dans une autre langue que le français.

6.1. Gestion de la demande téléphonique

L'Assureur met à la disposition de l'Assuré un service spécialisé qui traite par téléphone les demandes de conseil juridique relevant des domaines de droit garantis.

Dès qu'il acquiert la qualité d'Assuré, ce dernier peut prendre contact avec le service spécialisé de l'Assureur :

- du lundi au vendredi, hormis les jours fériés et chômés, de 8H30 à 18H00 (heure de métropole) au numéro suivant : 01.49.14.87.92. ;
- **en cas d'urgence**, en dehors des heures d'ouverture de l'Assureur, de nuit, pendant le week-end et les jours fériés au numéro suivant : 01.47.11.12.15.

6.2. Gestion du litige

Toute déclaration de litige susceptible de relever des garanties du contrat **doit être transmise par écrit**, à l'Assureur **dans un délai de trente jours** à compter du moment où l'Assuré en a connaissance **sous peine de déchéance de garantie, si le non-respect de ce délai occasionne un préjudice à l'Assureur.**

Dans tous les cas, l'Assuré doit adresser à l'Assureur :

- son numéro de contrat,
- ses coordonnées téléphoniques et les coordonnées de la partie adverse,
- un résumé chronologique et circonstancié des faits,
- sa position ou ses demandes vis-à-vis de la partie adverse,
- copie des documents utiles à la constitution du dossier,
- un justificatif d'adhésion en cours de validité.

L'Assuré ne doit pas, sauf urgence, saisir un avocat, un officier ministériel, un expert ou intenter une action en justice, sans avoir déclaré son litige et obtenu l'accord écrit de l'Assureur, sous peine de devoir supporter les frais et honoraires correspondants.

Le coût des consultations, démarches ou actes de procédure qui auraient pu être réalisés avant la déclaration demeurera à la charge de l'Assuré, sauf s'il justifie de l'urgence à les avoir demandés.

L'Assureur procède à l'examen de la déclaration, informe l'Assuré de la nature et de l'étendue de ses droits et obligations, apprécie le bien-fondé juridique du litige et demande si besoin est communication de toutes informations, pièces, nécessaires à l'instruction du dossier.

Dans le cas où une suite judiciaire est donnée au litige à défaut d'avoir trouvé une solution amiable ou si, en application de l'article L.127-2-3 du Code des Assurances, la partie adverse est déjà défendue par un avocat au stade des négociations amiables, **l'Assuré a le libre choix de son avocat**. S'il ne connaît pas d'avocat, il peut **demandeur par écrit à l'Assureur** de lui indiquer le nom et l'adresse d'un avocat.

Il ne doit, en cours de gestion du litige, même contentieuse, être régularisée aucune transaction sans l'accord de l'Assureur, à peine de voir peser sur l'Assuré, l'obligation de rembourser les frais d'ores et déjà engagés par l'Assureur, sous réserve de l'application de la clause d'arbitrage.

Si une procédure est engagée, **l'Assuré, conseillé par son avocat, a la direction du procès.**

L'Assureur reste toutefois à sa disposition dans le cadre du suivi de son dossier. L'Assuré s'oblige par ailleurs à communiquer à l'Assureur, ou à lui faire communiquer tous actes, avis, assignations, etc. utiles à l'étude et au suivi de son litige.

S'il se révèle, en cours de gestion, que la partie adverse est sans domicile connu ou insolvable, l'Assureur peut suspendre la prise en charge des frais d'une instance ou d'exécution d'une décision de justice devenue de ce fait inutile.

S'il apparaît en cours de procédure que les informations données par l'Assuré lors de la déclaration de sinistre, ou ultérieurement, sont erronées ou incomplètes, l'Assureur peut suspendre le règlement de tous frais et honoraires et demander à l'Assuré le remboursement des sommes d'ores et déjà réglées. L'Assureur peut également informer le Souscripteur afin que soit envisagée l'exclusion du bénéficiaire du contrat.

7 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

7.1 OBJET DE LA GARANTIE

FIDELIA ASSISTANCE intervient dès lors qu'un adhérent subit un traumatisme psychologique dans le cadre de son activité professionnelle.

7.2 « ACCUEIL PSYCHOLOGIQUE »

FIDELIA ASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré, **pour un entretien téléphonique**, une équipe de psychologues assistants destinés à lui apporter un soutien moral.

Pour cela, l'Assuré peut contacter le service d'Assistance Psychologique au 01.47.11.74.78.

7.3 « CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE »

A la suite de cet entretien téléphonique, et si le psychologue assistant en pressent la nécessité, l'Assuré est orienté vers un psychologue clinicien, pour un entretien téléphonique d'une durée moyenne de 45 minutes.

FIDELIA ASSISTANCE prend en charge le coût de cette consultation.

7.4 « SUIVI PSYCHOLOGIQUE »

A la suite de cette première consultation avec un psychologue clinicien et **selon le diagnostic établi, l'Assuré peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum, effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien, soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés** de FIDELIA ASSISTANCE proche du domicile de l'Assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

FIDELIA ASSISTANCE prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'Assuré, FIDELIA ASSISTANCE rembourse sur justificatif, 3 consultations maximum dans la limite de 40 euros par consultation.

Les prestations « Consultation Psychologique » (art. 7.3) et « Suivi Psychologique » (art. 7.4) sont limitées à 2 événements traumatisants par Assuré et par année d'assurance.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Toute fraude, falsifications ou faux témoignages intentionnels permettra à FIDELIA ASSISTANCE d'opposer à l'Assuré la nullité de la garantie (Article L 113 - 8 du Code des Assurances).

Ne sont pas pris en charge les frais qui n'auraient pas reçu un accord préalable par la Direction Médicale de FIDELIA ASSISTANCE (communication d'un numéro de dossier).

7.5 LA GARANTIE N'INTERVIENT PAS :

- Pour un suivi psychologique alors que l'Assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- Dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Circonstances Exceptionnelles :

FIDELIA ASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le Contrat.

Cependant, elle ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- par la mobilisation générale,
- par réquisition des hommes et du matériel par les autorités,
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc,
- par les cataclysmes naturels,
- par les effets de la radioactivité,
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

8. RECLAMATION – DESACCORD – CONFLITS D'INTERETS

8.1. Réclamation - Médiation

Si l'Assuré est mécontent des modalités d'application des garanties Protection Juridique, il peut s'adresser en premier lieu à **son interlocuteur habituel**. La demande de l'Assuré sera examinée et une réponse lui sera faite.

Si malgré les explications fournies, le différent persiste, l'Assuré peut alors s'adresser au **Département Qualité Clientèle de l'Assureur** :

- Par courrier : Covéa Protection Juridique – Réclamations Relations Clients - " Le Neptune " 1 rue Galilée - 93195 Noisy-le-Grand Cedex
- Par téléphone : 01 49 14 84 44
- Par email : contactdqc-ping@covea.fr

qui lui apportera une réponse définitive.

Dans tous les cas il sera accusé réception de la réclamation de l'Assuré dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse lui est apportée entre-temps.

L'Assureur s'engage en outre à tenir informé l'Assuré si la durée du traitement de sa réclamation devait être dépassée.

La durée totale de traitement de la réclamation de l'Assuré par l'interlocuteur habituel et le Département Qualité Clientèle, si l'Assuré l'a sollicité, n'excèdera pas deux mois, sauf circonstances particulières.

Après épuisement de toutes les voies de recours internes ou si aucune réponse n'a été apportée à l'Assuré dans les délais impartis, l'Assuré a la possibilité, si le désaccord persiste, de saisir le **Médiateur de l'Assurance** :

- Directement sur le site internet www.mediation-assurance.org*
- Par courrier La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09

*La charte «La Médiation de l'Assurance » précisant les conditions d'intervention du Médiateur de l'Assurance, est disponible sur ce site. »

8.2. Désaccord - Arbitrage

Si il existe un désaccord entre l'Assuré et l'Assureur quant au règlement d'un litige, l'Assuré peut :

- soit le soumettre à l'appréciation d'une tierce personne, reconnue pour son indépendance et ses qualités professionnelles et désignée d'un commun accord par l'Assuré et l'Assureur. A défaut, cette dernière est désignée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du défendeur, statuant en référé, sur la demande de la partie la plus diligente. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur à moins que le Président du Tribunal de Grande Instance n'en décide autrement lorsque l'Assuré l'a mise en œuvre dans des conditions abusives,
- soit engager à ses frais une procédure contentieuse.

Si l'Assuré obtient une solution plus favorable que celle qui lui a été proposée par l'Assureur ou la tierce personne, l'Assureur s'engage à lui rembourser, déduction faite des sommes lui revenant au titre des dépens et/ou de l'article 700 du Code de procédure civile et ses équivalents devant les autres juridictions, le montant de ses frais et honoraires, dans la limite des obligations contractuelles de l'Assureur.

8.3. Conflit d'intérêts

En cas de conflit d'intérêts entre l'Assuré et l'Assureur (hypothèse qui peut apparaître lorsque deux Assurés titulaires de contrats distincts s'opposent), l'Assuré a la liberté de choisir son avocat ou, si il le préfère, une personne qualifiée pour l'assister conformément aux règles et aux garanties du présent contrat.

9. PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

A QUI SONT TRANSMISES LES DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURE ?

Les données personnelles de l'assuré sont traitées par son Assureur, et par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement.

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

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

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

POURQUOI L'ASSUREUR A-T-IL BESOIN DE TRAITER LES DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ ?

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

- conclure, gérer et exécuter les garanties de son contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter leurs obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur

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

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

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

QUELLE PROTECTION PARTICULIERE POUR LES DONNEES DE SANTE DE L'ASSURE ?

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

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

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

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

Covéa Protection Juridique - Protection des données personnelles - «Le Neptune» - 1 rue Galilée 93195 Noisy-le-Grand cedex

Ou : protectiondesdonnees-pjng@covea.fr.

PENDANT COMBIEN DE TEMPS LES DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURE SONT-ELLES CONSERVÉES ?

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

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

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

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

QUELS SONT LES DROITS DONT DISPOSE L'ASSURE ?

L'assuré dispose :

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

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

- d'un **droit d'opposition**, qui lui permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de son Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à sa situation particulière, de faire cesser le traitement de ses données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.
- d'un **droit de rectification** : il lui permet de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant.
- d'un **droit d'effacement** : il lui permet d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où ses données ne seraient plus nécessaires au traitement.
- d'un **droit de limitation** qui lui permet de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - o en cas d'usage illicite de ses données ;
 - o s'il conteste l'exactitude de celles-ci ;
 - o s'il lui est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits.
- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : l'Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat de l'assuré pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, l'assuré peut demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès du Délégué à la Protection des données.

L'assuré peut exercer ses droits par courrier à l'adresse postale Covéa Protection Juridique - Protection des données personnelles - «Le Neptune» - 1 rue Galilée 93195 Noisy-le-Grand cedex ou par email à l'adresse protectiondesdonnees-pjng@covea.fr.

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

L'assuré peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf s'il a communiqué son numéro de téléphone à son Assureur afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de celui-ci d'un contrat en vigueur.

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

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

COMMENT CONTACTER LE DELEGUE À LA PROTECTION DES DONNÉES ?

Pour toute information complémentaire, l'assuré peut contacter le Délégué à la Protection des Données :

- o Par mail : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr,
- o Par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

9. PRESCRIPTION

Toute action découlant de ce contrat est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances.

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 l'Assuré (ou le Souscripteur) en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a 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 peut être interrompue par l'une des causes ordinaires

D'interruption de celle-ci :

- citation en justice, même en référé,
- actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer,

ainsi que dans les cas ci-après :

- par la désignation d'experts à la suite d'un litige,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :
 - o par l'Assureur à l'Assuré (ou le Souscripteur) en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
 - o par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre des procédures prévues aux articles 7.1 et 7.2.

10. DUREE ET RENOUVELLEMENT

Le présent contrat groupe, qui a pris effet à compter du 1^{er} mars 2011, est d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Il peut être dénoncé par l'Assureur ou le Souscripteur.

En cas de résiliation, demeurent pris en charge et jusqu'à leur terme, les litiges garantis déclarés antérieurement à sa résiliation. Tous les autres Assurés perdent le bénéfice de la garantie.

La résiliation du présent contrat groupe est portée à la connaissance des Assurés par le Souscripteur.