



malakoff médéric

# CONDITIONS GÉNÉRALES N° PC2014 PRÉVOYANCE CANCER

Prévoyance Cancer est un contrat d'assurance garantissant le versement d'un capital forfaitaire et la prise en charge de services d'assistance en cas de survenance d'une maladie telle que définie ci-après.

Ce contrat, régi par le Code des assurances en France, relève des branches 2 (Maladie) et 18 (Assistance) des activités d'assurance.

Il est assuré par deux sociétés du groupe Malakoff Médéric :

- **AUXIA** pour le versement du capital : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 74 545 776 euros - RCS de Paris 422 088 476 - siège social au 29 rue Cardinet 75858 Paris cedex 17.
- **AUXIA Assistance** pour les services d'assistance : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 73 376 - siège social au 29 rue Cardinet 75858 Paris cedex 17.

L'organisme chargé du contrôle d'AUXIA et AUXIA Assistance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Prévoyance Cancer est un contrat distribué par l'intermédiaire de **Malakoff Médéric Services**, société de courtage d'assurance, SAS au capital de 3 095 120 euros - inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 025 694 - siège social au 3 esplanade de la gare 49100 Angers - RCS d'Angers 487 445 108.

## 1 – POUR MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONTRAT

### ÂGE

**Comment est calculé l'âge de l'assuré pour déterminer sa cotisation ?**

À la souscription et pour toute la durée du contrat, l'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes entre l'année de la souscription et l'année de sa naissance.

**Exemple :** vous êtes né en 1948 et vous souscrivez le contrat en tant qu'assuré en 2014. L'âge retenu pour l'application du contrat est égal à 2014 – 1948 = 66 ans.

### ASSURÉ

**Qui est l'assuré ?**

La personne physique dont la maladie déclenche les garanties du contrat.

### DÉLAI DE CARENCE

La maladie de l'assuré sera garantie sous réserve que le diagnostic soit établi pour la première fois après la fin du 6<sup>e</sup> mois qui suit la date de prise d'effet du contrat.

**Le diagnostic intervenant avant la fin du 6<sup>e</sup> mois ne donnera lieu à aucune prise en charge. Le contrat prendra automatiquement fin et les cotisations encaissées par l'assureur seront automatiquement remboursées.**

Par ailleurs, les assureurs ne versent aucune prestation si des consultations médicales ou des tests menant au diagnostic étaient en cours à la date de souscription du présent contrat.

En cas d'augmentation de garantie par voie d'avenant au contrat, ce même délai de carence s'applique sur la part des garanties ayant fait l'objet de l'augmentation.

### DIAGNOSTIC

**Comment la maladie et la rechute sont-elles diagnostiquées ?**

Le diagnostic de la maladie garantie doit être étayé par des preuves histologiques de malignité et confirmé par un oncologue ou un anatomopathologiste. Les conditions de prises en charge de la maladie sont appréciées par le Médecin Conseil de l'assureur à partir des informations transmises.

Le diagnostic doit être réalisé par un médecin spécialiste autorisé à pratiquer en France. Si l'assuré ne peut pas consulter un médecin spécialiste, le diagnostic pourra être effectué par un autre médecin qualifié sous réserve de l'approbation préalable du Médecin Conseil.

**Toute maladie diagnostiquée d'une autre manière est exclue du champ d'application de ce contrat.**

## MALADIE

### Quelles sont les maladies couvertes par le contrat ?

Les cancers et tumeurs malignes touchant l'assuré, documentés par un examen histologique confirmant la malignité et le caractère invasif du processus tumoral, y compris les affections hématopoïétiques.

### SONT EXCLUS LES CAS SUIVANTS :

- les tumeurs bénignes ;
- les lésions « précancéreuses » ;
- les dysplasies légères, modérées, sévères ;
- les cancers in situ ;
- les tumeurs cutanées (sauf mélanome nodulaire, carcinome spino-cellulaire) ;
- les tumeurs malignes de la prostate stade T1a et T1b (selon la classification TNM) ;
- les tumeurs malignes dues à la présence de virus de l'hépatite B, D, E et de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ;
- les sarcomes de Kaposi ;
- les maladies consécutives aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation du noyau d'atome ou de radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle des particules ;
- les maladies non traitées par chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie ou hormonothérapie.

## MÉDECIN CONSEIL

### À qui adresser les informations relatives au diagnostic ?

L'assuré adresse les documents et justificatifs médicaux sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe T prévue à cet effet ou à l'adresse suivante :

#### AUXIA

SERVICE MÉDECINE CONSEIL - CONFIDENTIEL

29 rue Cardinet

75858 Paris cedex 17

Le service Médecine Conseil est organisé pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communique aux services administratifs d'AUXIA et AUXIA Assistance aucuns détails sur la pathologie de l'assuré.

## PAYEUR

### Qui est le payeur ?

Le payeur est le souscripteur du contrat.

Toutefois, toute personne peut, avec l'accord du souscripteur, décider de payer les cotisations d'assurance à sa place. Le payeur n'est alors pas partie prenante au contrat d'assurance.

## RECHUTE

### Qu'est-ce que la rechute ?

Il y a rechute lorsque l'assuré qui a déjà bénéficié des services du présent contrat est de nouveau diagnostiqué

pour la même maladie ou pour une nouvelle maladie couverte au titre du contrat.

Seule la rechute diagnostiquée entre le terme de la 2<sup>e</sup> année et de la 5<sup>e</sup> année qui suit la date du diagnostic de la maladie initialement prise en charge est assurée au titre du contrat.

## SOUSCRIPTEUR

### Qui est le souscripteur ?

La personne physique qui souhaite être assurée au titre du présent contrat.

## 2 – CONDITIONS POUR SOUSCRIRE LE CONTRAT

Pour souscrire vous devez satisfaire aux conditions suivantes :

Le souscripteur :

- est âgé de 18 à 66 ans inclus ;
- réside en France métropolitaine ;
- n'est pas placé sous un régime de tutelle ;
- n'a jamais été diagnostiqué pour un cancer ou une tumeur maligne.

À titre exceptionnel, les personnes diagnostiquées pour un cancer depuis plus de 15 ans en état de rémission (fin de période de traitement), peuvent également être admises à l'assurance sans formalités supplémentaires.

## FAUSSE DÉCLARATION

### Extraits de l'article 113-8 du Code des assurances :

« Le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Le payeur (si différent du souscripteur) :

- est âgé d'au moins 18 ans ;
- réside en France métropolitaine ;
- n'est pas placé sous un régime de tutelle.

## 3 – LA VIE DU CONTRAT

### PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, au jour de la réception par les services d'AUXIA de la demande de souscription accompagnée des pièces nécessaires :

- la demande de souscription dûment complétée et signée sans rature ni ajout. Lorsque l'assuré et le payeur sont deux personnes distinctes, chacun des deux doit signer la demande de souscription ;
- la copie recto/verso de la carte d'identité de l'assuré (ou 4 premières pages du passeport) en cours de validité et, le cas échéant, celle du payeur ;
- le relevé d'identité bancaire de l'assuré (ou du payeur le cas échéant) ;

- un mandat de prélèvement SEPA signé (par le payeur le cas échéant).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet. Il est reconduit automatiquement à date anniversaire.

## FIN DU CONTRAT

Le contrat prend fin :

- à la date anniversaire du contrat qui suit le 70<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (hormis le cas où les garanties ont déjà été mises en œuvre) ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- en cas de résiliation demandée par l'assuré et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'assureur avec au moins deux mois de préavis.

Le terme du contrat met fin à l'ensemble des garanties.

Les cotisations versées au cours du contrat constituent la contrepartie des risques assurés. Elles restent acquises à l'assureur et ne sont pas remboursées au terme.

## MODIFICATION DES GARANTIES

L'assuré peut demander à tout moment une modification de ses garanties à la hausse ou à la baisse, dans les limites et conditions en vigueur à la date de la demande. Ces conditions sont communiquées sur simple demande auprès de l'intermédiaire d'assurance.

En cas de demande de modification à la hausse, l'assuré devra satisfaire aux conditions de souscription décrites à l'article 2 des présentes conditions générales.

## 4 – GARANTIES PROPOSÉES

Le contrat prévoit deux types de garanties, l'une en capital, l'autre sous forme de services.

L'assuré diagnostiqué pour une maladie dispose, sous réserve des conditions d'acceptation prévues au contrat, des garanties suivantes :

### 4.1 Le versement d'un capital forfaitaire

En cas de maladie, AUXIA verse en une seule fois à l'assuré un capital forfaitaire dont le montant est défini dans le bulletin de souscription ou dans le dernier avenant en vigueur.

Le versement intervient dans les 10 jours ouvrés qui suivent :

- l'acceptation de la prise en charge par le Médecin Conseil et ;
- la réception des pièces administratives suivantes :
  - la copie recto/verso de la carte d'identité de l'assuré (ou 4 premières pages du passeport) en cours de validité ;
  - un relevé d'identité bancaire au nom de l'assuré pour nous permettre d'effectuer le virement ;
  - le cas échéant toute pièce requise par un texte de loi ou réglementaire qui s'impose à AUXIA.

**La rechute n'ouvre pas droit à un nouveau capital.**

## 4.2 Un droit d'accès aux services d'assistance

### 4.2.1 – Votre espace « Prévoyance Cancer »

Dès la prise d'effet du contrat, l'assuré reçoit par mail son identifiant et son code confidentiel provisoire lui permettant de se connecter sur Internet à son espace personnel « Prévoyance Cancer ».

L'espace personnel « Prévoyance Cancer » est un portail Internet qui permet d'accéder :

- à un service d'aide et d'informations en ligne ;
- à l'ensemble des documents dont l'assuré pourrait avoir besoin (demande d'indemnisation) et la liste des pièces à transmettre en cas de maladie.

Le détail des informations mis à la disposition de l'assuré sur l'espace personnel « Prévoyance Cancer » est défini en annexe.

### 4.2.2 – L'assistance « Prévoyance Cancer »

**En quoi consiste l'assistance « Prévoyance Cancer » ?**

Au moment de l'acceptation de la prise en charge de la maladie dans le cas d'un premier diagnostic ou d'une rechute par le Médecin Conseil, l'assuré bénéficie d'une assistance comprenant un suivi personnalisé (bilan conseil, suivi psychologique, information et orientation) et un crédit de services.

Dès acceptation de la prise en charge de la maladie ou de la rechute, nos services contactent l'assuré pour établir un bilan conseil avec une conseillère sociale. Le bilan conseil aide l'assuré, au regard de sa situation personnelle (parcours thérapeutique, environnement social et familial) à identifier ses besoins en matière d'accompagnement pendant et après la phase des soins médicaux.

À l'issue du bilan conseil, l'assuré dispose d'un compte **crédité de 3 000 points**. L'assuré peut utiliser librement, **selon ses besoins, les services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie proposés dans le catalogue des services AUXIA Assistance.**

À titre d'exemple, 3 000 points correspondent à 120 heures d'aide ménagère ou une quarantaine d'allers-retours entre votre domicile et un établissement de soins (aller-retour de moins de 40 km).

**Qu'est-ce que le catalogue des services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie ?**

Le catalogue des services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie contient la liste des services dont l'assuré peut bénéficier avec son crédit de points.

Le catalogue en vigueur figurant aux présentes conditions générales est également accessible librement sur l'espace personnel « Prévoyance Cancer ».

AUXIA Assistance se réserve la possibilité de faire évoluer le catalogue des services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie pour tenir compte de l'évolution des prix des services, des pratiques et des besoins des personnes malades ou des conditions de mise en œuvre.

## Comment l'assuré peut-il utiliser son crédit de points de services ?

Lors de la commande des services, le crédit de points de l'assuré est débité du nombre de points correspondant aux services choisis.

Les points sont utilisables uniquement pour mettre en œuvre des services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie proposés par AUXIA Assistance et ne peuvent donner lieu à aucune contrepartie monétaire, totale ou partielle.

Seul l'assuré peut décider de l'utilisation de ses points. Le solde des points ne peut en aucun cas être transmis à un tiers.

## De combien de temps l'assuré dispose-t-il pour utiliser son crédit de points de services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie ?

Le droit aux services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie est accordé pour un délai de 2 ans maximum suivant l'acceptation de la prise en charge par le Médecin Conseil. Au terme de ce délai ou en cas de décès, tout crédit de points non utilisé devient caduc et ne peut donner lieu à aucun remboursement ou compensation pour quelque cause que ce soit.

## 5 – COTISATIONS

### MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour bénéficier des garanties du contrat, l'assuré (ou le payeur le cas échéant) verse des cotisations mensuelles pendant toute la durée du contrat. Les cotisations sont payables par avance au début de chaque période mensuelle.

Pour cela l'assuré (ou le payeur le cas échéant) donne mandat à l'assureur de prélever le montant des ses cotisations sur son compte bancaire.

Les règlements en espèces, par chèques de banque ou par virements ne sont pas autorisés.

### l'acceptation de la prise en charge de la maladie par le Médecin Conseil met un terme au paiement des cotisations d'assurance.

### RÉVISION DES COTISATIONS

L'assureur révisé le montant de la cotisation chaque année à date anniversaire du contrat pour tenir compte :

- de l'âge de l'assuré : une nouvelle cotisation s'applique automatiquement lorsque l'assuré change de tranche d'âge ;
- de l'évolution des coûts des services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie : afin de garantir une qualité et un niveau de service constant pendant toute la durée du contrat, la cotisation assistance augmentera en fonction du coût du travail (indice des salaires de base par activité : tertiaire n° 001567457 publié par l'INSEE).

La première augmentation interviendra à la 1<sup>re</sup> date anniversaire du contrat par application de l'indice publié en septembre de l'année précédente. Les augmentations auront ensuite lieu chaque année selon les mêmes modalités. Si l'indice disparaît en cours de contrat, AUXIA Assistance lui substituera un indice de même nature.

L'assuré sera avisé par écrit au moins 30 jours avant l'entrée en vigueur de la cotisation applicable pour l'année à venir.

## DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, l'assureur informe l'assuré qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours, le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie puis 10 jours plus tard la résiliation du contrat (article L. 113-3 du Code des assurances).

La régularisation entraîne la reprise du contrat dans les conditions antérieures à la suspension. Toutefois, tout sinistre intervenant pendant la période de suspension ne pourrait donner droit aux prestations garanties par le contrat.

La suspension du contrat cesse à la date de réception du paiement des cotisations dues.

## 6 – COMMENT DÉCLARER VOTRE MALADIE À L'ASSUREUR ?

Si l'assuré est diagnostiqué pour une maladie ou une rechute couverte par le contrat, il adresse à l'assureur la demande d'indemnisation accompagnée des pièces médicales suivantes :

- le compte rendu histologique du prélèvement à l'origine du diagnostic et le cas échéant, compte rendu histologique post-opératoire ;
- le compte rendu de biopsie avec ou sans intervention chirurgicale.

Afin de préserver la confidentialité des informations liées à l'état de santé de l'assuré, l'ensemble des pièces médicales doit être transmis sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil d'AUXIA avec la mention « CONFIDENTIEL ».

Le Médecin Conseil a toujours la possibilité de faire vérifier l'état de santé par le médecin de son choix et (ou) de faire pratiquer les examens médicaux et (ou) de demander les pièces complémentaires qu'il jugera nécessaires.

**La déclaration de la maladie ou de la rechute doit intervenir dans les 2 années qui suivent le diagnostic. Passé ce délai, l'assuré ne pourra plus mettre en œuvre les garanties au titre de la maladie non déclarée.**

**Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus de l'assuré l'expose à la nullité de la garantie (articles L. 113-9 et L. 113-8 du Code des assurances).**

Dans le cas où l'assuré serait en désaccord avec la décision du Médecin Conseil, il pourra être procédé, sur demande écrite de l'assuré, à la désignation d'un médecin expert ayant pour mission de départager les parties.

Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des Tribunaux parmi les spécialistes en cancérologie. À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré qui statuera à la requête de la partie la plus diligente.

Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de cet expert seront supportés à charges égales par les deux parties, celles-ci s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas eu lieu.

## 7 – DIVERS

### 7.1 Prescription

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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 (article L. 114-1 du Code des assurances).

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

### 7.2 Changement de domicile

L'assuré est tenu d'aviser l'assureur de tout changement de domicile. À défaut, les courriers adressés par l'assureur à son dernier domicile connu seront réputés avoir été reçus.

### 7.3 Vos données à caractère personnel

La souscription du contrat d'assurance requiert la collecte de données à caractère personnel vous concernant. À défaut de réponse à l'une des informations demandées via le bulletin de souscription, la souscription au contrat d'assurance ne pourra pas être enregistrée.

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés, AUXIA Assistance est responsable des traitements mis en œuvre au titre de la souscription, de la gestion et de la mise en œuvre du contrat d'assurance et des garanties que vous avez souscrites.

Les données à caractère personnel qui vous concernent, nécessaires à la gestion de votre contrat d'assurance et de ses garanties, sont destinées à AUXIA et AUXIA Assistance, Malakoff Médéric (A3M), Bien-Être Assistance (prestataire en charge de la plate-forme, des professionnels de santé et médico-sociaux et des services d'assistance), à un hébergeur de données de santé agréé par le ministère de la Santé et tous sous-traitants techniques désignés par le responsable de traitement.

En outre, vous avez, en tant qu'assuré, consenti à la collecte, au traitement et à l'hébergement de données à caractère personnel relatives à votre santé via le bulletin de souscription au contrat d'assurance : ces données sont nécessaires à la mise en œuvre des garanties et sont destinées strictement au Médecin Conseil, aux professionnels de santé et personnel social et médico-social de Bien-Être Assistance (prestataire en charge de la plate-forme et des services d'assistance), à l'hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel et à leurs sous-traitants, pour les stricts besoins de la mise en œuvre du contrat d'assurance et dans le respect de mesures de sécurité adéquates à la préservation de leur confidentialité et de leur intégrité à l'égard de tiers non autorisés.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données à caractère personnel vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant par voie postale à AUXIA (Service juridique - 29 rue Cardinet 75858 Paris Cedex 17). Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'une carte d'identité recto/verso ou des 4 premières pages du passeport, en vigueur au jour de la demande.

À défaut d'accord de votre part, le contrat ne pourra être souscrit et mis en œuvre.

Vous êtes informé que les données à caractère personnel qui vous concernent, produites dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, peuvent être utilisées par des personnes habilitées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Enfin, vous êtes informé que pour des raisons tenant à la qualité de service et à la sécurité, un dispositif d'enregistrement et d'écoute éventuelle des échanges téléphoniques peut être mis en place, dans le respect des dispositions ci-dessus exposées.

### 7.4 Le droit de renonciation

L'assuré a la faculté de renoncer à son contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

#### Modèle de lettre de renonciation :

*« Je soussigné(e) (Nom, Prénom), souhaite renoncer au contrat d'assurance Prévoyance Cancer.*

*Fait à ..... le ..... Signature : ».*

La renonciation entraîne l'annulation rétroactive des garanties et le remboursement à l'assuré (ou le payeur le cas échéant) souscripteur des cotisations encaissées, dans un délai de 30 jours suivant réception de la lettre de renonciation.

### 7.5 Traitement des demandes et réclamations client

#### 1. Votre service client

AUXIA a mis en place un service client facilement accessible du lundi au vendredi de 09h00 à 18h00 et le samedi de 9h00 à 12h30 (hors jours fériés) :

- par téléphone : un n° de téléphone est indiqué sur nos courriers.



- par courrier à AUXIA – Direction du Service Client - 29 rue Cardinet, 75858 Paris Cedex 17.
- par mail à l'adresse [info@auxia.com](mailto:info@auxia.com).

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- vos nom, prénom, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche.
- un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Notre service client examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

## 2. Votre service réclamation

Si la réponse apportée par notre service client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante :

### AUXIA

#### Service réclamation

29 rue Cardinet – 75858 Paris Cedex 17

Notre service réclamation prend en charge votre demande dans un délai de 4 jours ouvrés suivant la réception de votre courrier et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

## 3. Votre dispositif de médiation

Si l'examen du dossier par le service réclamation n'aboutit pas à une conciliation et que vous restez en désaccord avec la réponse apportée par nos services, il vous est alors possible de saisir le Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA).

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru. Le délai ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à l'issue de la procédure de médiation.

Les modalités de saisine du Médiateur vous sont communiquées sur simple demande ou peuvent être consultées librement sur Internet à l'adresse suivante [www.auxia.com](http://www.auxia.com).

## 7.6 Souscription par Internet

Votre courtier vous propose de souscrire, sans aucun coût supplémentaire, votre contrat à distance sur le portail Internet « Ma boutique en ligne » du site <http://boutique.malakoffmederic.com/>

Vous conservez à votre charge les frais de télécommunication liés à l'accès à Internet nécessaire à la connexion.

Dans le cadre de la souscription en ligne, des moyens de sécurité sont mis en place pour garantir la confidentialité de vos données (cryptage, conditions d'accès sécurisées). Pour vérifier que ces moyens sont opérationnels, la mention « https » apparaît dans la barre d'adresse de votre navigateur ainsi qu'un cadenas en icône.

Pour pouvoir être effectuée en ligne, la souscription doit répondre en particulier aux conditions suivantes :

- l'assuré satisfait aux conditions de souscription du contrat (cf. article 2) ;
- l'assuré justifie son identité en indiquant les références exhaustives d'un document officiel d'identité (carte nationale d'identité ou passeport) ;
- l'assuré est titulaire du compte bancaire sur lequel il demande que soient effectués les prélèvements automatiques.

Pour toute autre demande ou pour toute interrogation pendant la phase de souscription en ligne, vous pouvez demander à être mis en relation avec votre courtier soit en envoyant un e-mail, soit en appelant le 0800 00 27 27 (du lundi au vendredi de 9 h à 21 h - le samedi de 9 h à 17 h - appel gratuit depuis un poste fixe).

Après avoir établi un devis en ligne vous permettant de déterminer et visualiser le niveau de vos garanties, de vos cotisations d'assurance, vous serez invité à passer à la phase de souscription en ligne en respectant les étapes séquentielles suivantes :

- vérifier les caractéristiques et le détail de votre demande de souscription établis sur la base du devis ;
- renseigner les informations personnelles et les coordonnées bancaires pour le prélèvement automatique des cotisations ;
- prendre connaissance et accepter les conditions générales du contrat et le barème des cotisations sous un format standard (PDF).

Il vous appartiendra de conserver le support PDF ou d'imprimer les conditions générales si vous souhaitez en conserver une copie. En cas de perte du support, vous pourrez demander à [info@auxia.com](mailto:info@auxia.com) la réédition des conditions générales qui vous seront transmises par mail ou, sur demande expresse, par voie postale.

L'assureur s'engage à ne pas modifier le contenu des conditions générales mais se réserve la possibilité de modifier à tout moment le format du support utilisé pour tenir compte des évolutions technologiques.

À tout moment, vous pouvez revenir au formulaire précédent pour vérifier les informations saisies et effectuer les corrections éventuelles.

- consentir à la collecte, au traitement et à l'hébergement de vos données de santé à caractère personnel par un hébergeur agréé via le bulletin en ligne de souscription ;
- Si vous le souhaitez, vous pourrez consentir à recevoir des offres et informations de la part des organismes de retraite et de prévoyance du groupe Malakoff Médéric, de leurs partenaires et/ou de leurs filiales.
- signer votre demande de souscription en ligne.

À l'issue de cette phase, votre demande de souscription sera signée électroniquement. La signature électronique est assurée par notre partenaire Keynectis, référencé PSCÉ QUALIFIÉ (Prestataire de Service de Certification Électronique Qualifié). Le processus de signature est entièrement sécurisé et garantit l'intégrité des informations communiquées.

# ANNEXE

# CONVENTION D'ASSISTANCE

# PRÉVOYANCE CANCER

## 1. OBJET

L'assistance « Prévoyance Cancer » met à votre disposition un ensemble de prestations d'assistance (conseil, accompagnement et services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie) choisies pour vous accompagner et vous soutenir pendant votre maladie.

La présente convention d'assistance « Prévoyance Cancer » a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'AUXIA Assistance et de l'assuré.

## 2. INFORMATIONS

Les informations communiquées par les services d'AUXIA Assistance sont des renseignements téléphoniques à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Elles ne constituent pas des consultations juridiques ou médicales. AUXIA Assistance ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable des interprétations réalisées ni de leurs conséquences éventuelles.

Toutes les questions ou demandes ne pourront pas engendrer forcément de réponse immédiate.

Selon les cas, l'assistant devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

## 3. TERRITORIALITÉ

Les services d'aide à l'amélioration de la qualité de vie sont délivrés en France métropolitaine.

## 4. MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Les services téléphoniques sont accessibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 de la manière suivante :

- de 8 h à 20 h du lundi au samedi hors jours fériés, les appels sont réceptionnés et traités par le chargé d'assistance ;

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'assistant peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les prestations d'assistance d'AUXIA Assistance ne se substituent pas aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs et AUXIA Assistance ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

- de 9 h à 18 h du lundi au vendredi hors jours fériés, une conseillère sociale peut être contactée par l'assuré ;
- en dehors de ces plages horaires, une mise en relation sera réalisée avec un conseiller qui notifiera l'appel et organisera, le premier jour ouvré suivant, un rappel par l'interlocuteur compétent pour traiter votre demande.

Un numéro de téléphone vous sera communiqué pour contacter nos chargés d'assistance après l'acceptation de la prise en charge par le Médecin Conseil.

Les services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie sont délivrés du lundi au vendredi hors jours fériés.

Compte tenu des contraintes locales, leur disponibilité et les délais de mise en œuvre peuvent varier selon votre lieu de domicile.

Pour demander leur mise en œuvre, il suffit de composer le numéro d'appel mis à votre disposition ou d'utiliser le formulaire de demande de services en ligne accessible sur votre espace personnel Internet « Prévoyance Cancer ».

L'assistant ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance du présent protocole, en cas de grève, d'émeute, de mouvements populaires, de restriction à la libre circulation, de sabotage, de terrorisme, de guerre civile ou étrangère, de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, de radioactivité ou de tout autre cas fortuit ou de force majeure.

## 5. MON ESPACE PERSONNEL « PRÉVOYANCE CANCER » SUR INTERNET

Dès la prise d'effet de son contrat Prévoyance Cancer, un espace personnel sécurisé sur Internet est automatiquement créé pour permettre à l'assuré de :

- consulter les informations relatives au contrat (conditions générales, montant des capitaux garantis) ;
- modifier son mot de passe ;
- télécharger le formulaire de déclaration de sinistre ;
- consulter l'offre des services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie et leurs conditions d'accès.

Sur son espace personnel, l'assuré peut accéder immédiatement à un ensemble d'informations et conseils :

### a) Informations sur les facteurs de risques et les dépistages

Conseils pour bien gérer son capital santé et adopter les comportements protecteurs et préventifs, notamment des informations sur les facteurs de risques comportementaux et environnementaux pouvant favoriser l'apparition de la maladie, leur surveillance et les conseils sur les dépistages existants.

### b) Informations sur les établissements de santé

Informations et conseils sur les établissements de santé adaptés selon la nature de l'intervention ou du traitement.

### c) Informations administratives et sociales en lien avec la maladie

Présentation de l'environnement socio-administratif du cancer pour sensibiliser l'assuré et l'informer de l'existant :

- modalités de prise en charge et d'accès aux soins ;
- présentation des prestations sociales et financières existantes en cas de maladie, des conditions d'éligibilité et des démarches d'obtention ;
- informations sur les lieux d'écoute, les lignes dédiées et les principales associations engagées auprès des personnes atteintes d'un cancer.

### d) Conseils et orientation sur l'activité physique et la santé

- informations et conseils sur l'importance de la pratique régulière d'une activité physique et/ou sportive pour la santé ;
- questionnaires d'évaluation et de sensibilisation à la pratique d'une activité physique et sportive ;
- orientation vers les associations de proximité proposant des activités physiques et sportives adaptées.

## 6. MES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT

Ces services sont réservés à l'assuré à compter de la confirmation de la prise en charge de la maladie ou de la rechute par le Médecin Conseil.

### a) Bilan d'évaluation - conseil personnalisé

Nous proposons à l'assuré de mener avec lui trois entretiens approfondis afin d'organiser son accompagnement au regard de sa situation personnelle, de ses besoins spécifiques et de leur évolution dans le temps.

Ces entretiens, conduits par une conseillère sociale feront chacun l'objet d'un compte-rendu écrit qui permettra à l'assuré non seulement d'avoir une vision complète des prestations proposées dans le cadre des garanties d'assistance « Prévoyance Cancer » mais également d'identifier les plus pertinentes au regard de sa situation.

Un entretien téléphonique initial d'environ  $\frac{3}{4}$  d'heure avec une conseillère sociale pour :

- évaluer la situation et identifier les besoins (personnels, familiaux, professionnels, etc.) ;

- proposer un plan de services adapté au parcours thérapeutique et à la situation de l'assuré ;
- conseiller au mieux l'assuré sur l'usage du capital versé et sur l'utilisation du crédit de services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie ;
- informer, conseiller et orienter l'assuré vers les services d'aide à l'amélioration de sa qualité de vie et les partenaires référencés, notamment en fonction de son parcours thérapeutique.

Deux entretiens téléphoniques intermédiaires avec une conseillère sociale, 6 mois puis 12 mois après le premier entretien, pour :

- faire le point sur l'évolution des besoins ;
- envisager un projet d'activité post-maladie ;
- ajuster le plan de services proposé et les conseils dispensés en fonction de l'évolution de la situation et des besoins de l'assuré.

À l'issue de chaque entretien, AUXIA Assistance met à disposition de l'assuré, sur son espace Internet personnel « Prévoyance Cancer », un récapitulatif des solutions adaptées identifiées lors de ces bilans.

### b) Soutien psychologique

Sur demande, nous orientons l'assuré vers un service d'accompagnement psychologique sur une base de cinq entretiens téléphoniques de 40 minutes avec un psychologue clinicien spécialisé. Le nombre d'entretiens et le rythme nécessaires sont déterminés par le psychologue clinicien spécialisé en considération de la situation personnelle de l'assuré, dans la limite de seize entretiens.

Cet accompagnement est organisé :

- pour être écouté et aidé à faire face à la maladie et ses conséquences ;
- pour garantir un accompagnement téléphonique personnalisé tenant compte des besoins de l'assuré selon les phases de la maladie ;
- pour orienter l'assuré, de manière ciblée et pertinente vers des structures de prises en charge adaptées ;
- pour envisager un projet d'activité post-maladie ou post-traitement à la suite du bilan intermédiaire. Ce projet peut concerner éventuellement le retour à l'activité professionnelle mais également des projets d'autre nature (engagement associatif, etc.).

En complément du service de soutien psychologique, nous mettons à la disposition de l'assuré et de ses proches un service de soutien psychologique par mail 24h/24.

### c) Conseils et orientation vers des partenaires spécialisés

Lors d'un entretien téléphonique, une conseillère sociale oriente l'assuré vers des prestataires spécialisés référencés proposant des activités ou des services susceptibles de l'aider à faire face à la maladie et de participer à l'amélioration de sa qualité de vie :



- informations et conseils sur les solutions disponibles et leur bénéfice (amélioration de l'image de soi, de son bien-être, détente, conseils nutritionnels, gestion du handicap lié à la maladie, etc.) ;
- conseils sur les services participant à l'amélioration de la qualité de vie du malade et orientation vers des prestataires spécialisés et identifiés :
  - amélioration du bien-être pour le malade :
    - conseils et orientation sur l'activité physique adaptée ;
    - musicothérapeutes ;
    - ateliers d'art thérapie ;
  - amélioration de l'image de soi, par exemple : conseils dans le choix des prothèses capillaires spécialisées ;
  - amélioration de son confort de vie, par exemple : distributeurs de produits dermatologiques et cosmétiques spécialisés.

Les informations et conseils sur les partenaires spécialisés sont également mis à disposition sur l'espace Internet « Prévoyance Cancer ».

### d) Informations administratives et droits

Nous informons l'assuré sur les questions administratives, juridiques et sociales liées à son état de santé et à sa situation personnelle et professionnelle (couverture santé, droit des patients, droits relatifs au handicap et à la perte d'autonomie, accès et prise en charge financière de l'assuré, accès à l'emprunt, droit au travail).

### e) Conseils et orientation sur l'activité physique et la santé

- Informations et conseils sur l'importance de la pratique adaptée d'activités physiques et sportives pour les personnes atteintes d'un cancer ;
- Évaluation et sensibilisation à la pratique adaptée d'activités physiques et sportives ;
- Orientation vers les clubs sportifs de proximité pour la pratique d'une activité physique adaptée aux personnes atteintes d'un cancer.

### f) Informations sur les établissements de santé

Informations et conseils sur les établissements de santé adaptés selon la nature de l'intervention.

### g) Services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie

Nous organisons et coordonnons un ensemble de services de proximité préfinancés, destinés à aider l'assuré dans la gestion de la vie quotidienne et correspondant aux besoins identifiés lors des bilans conseils ou sur simple demande la part de l'assuré.

Pour l'utilisation de ces services, l'assuré bénéficie d'un nombre de points, dont il dispose librement en choisissant parmi l'ensemble des services proposés par l'assistant.

Chaque service utilisé viendra en déduction du nombre de points total dont il dispose.

L'assuré peut consulter le solde de ses points sur son espace personnel « Prévoyance Cancer » sur Internet.

Lorsque le solde de ses points est épuisé, l'assuré ne peut plus prétendre à l'utilisation des services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie au titre de la garantie « Prévoyance Cancer ».

### Catalogue des services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie

Rappel : le catalogue des services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie et le barème de points afférents à chacun d'eux est valable pendant un an. Il est renouvelable annuellement par AUXIA Assistance en janvier de chaque année.

AUXIA Assistance se réserve la possibilité de faire évoluer la liste des services proposés pour tenir compte de l'évolution des pratiques et des besoins des personnes malades ou des conditions de mise en œuvre.

Pour obtenir le catalogue en vigueur, il suffit à l'assuré de le télécharger sur son espace personnel « Prévoyance Cancer » sur Internet.

Les conditions de mise en œuvre des services d'aide à l'amélioration de la qualité de la vie peuvent varier selon la période, la région et le prestataire. Ces conditions seront communiquées au moment de la commande des services.

Tout service commandé peut être annulé sans pénalité sous réserve d'un délai de prévenance minimum de 24 heures avant l'horaire prévu de début du service.

	Équivalent Points
<b>Services axés sur la situation du malade</b>	
<b>- Portage de médicaments</b>	
• Forfait de base 1 h avec 20 km roulés	37
• Forfait complémentaire kilométrique - 10 km roulés	7
<b>- Transport domicile / Établissements de soins</b>	
• Forfait de base 1 h avec 20 km roulés	37
• Forfait complémentaire kilométrique - 10 km roulés	7
<b>- Transport proche</b>	
Sur accord préalable dans la limite de 40 points	Sur devis
<b>Services de la vie courante</b>	
• Aide ménagère - coût horaire (2 h minimum)	24
• Livraison de repas (pack minimum 5 repas par semaine) - 1 repas	17
• Garde d'animaux - forfait journée (pour un animal)	16
• Jardinage - coût horaire (2 h minimum)	41
<b>Services à la famille</b>	
• Garde d'enfants - coût horaire (2 h minimum)	25
• Aide aux devoirs (soutien scolaire) - coût horaire (2 h minimum)	
- Niveau Primaire	35
- Niveau Collège	45
- Niveau Lycée	47
• Accompagnement des enfants à l'école - coût horaire (2 h minimum non véhiculé)	24

## Services relatifs aux soins

### • Portage de médicaments

L'assistant organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments prescrits par le médecin traitant de l'assuré dans le cadre de sa maladie, objet de la garantie « Prévoyance Cancer ».

L'assuré prend à sa charge le coût des médicaments.

L'assistant n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies et n'assure pas la livraison de médicaments le dimanche, les jours fériés et le soir ou la nuit de 19 h à 8 h.

Le service est proposé en France métropolitaine dans la limite d'une distance à parcourir de 30 kilomètres aller et retour entre le lieu de résidence de l'assuré et la pharmacie.

### • Transports entre le domicile et les établissements de soins

L'assistant organise, sur réservation au moins 48 heures ouvrées à l'avance, et prend en charge le transport de l'assuré, entre son domicile et l'établissement de soins, dans la limite de 40 km aller-retour.

Sur demande expresse de l'assuré, celui-ci peut désigner un tiers qui pourra bénéficier du transport.

Au-delà de la distance prise en charge par l'assistant, le coût du transport est à la charge de l'assuré.

## Services de la vie courante

### • Aide-ménagère

Une aide ménagère peut être mise à la disposition de l'assuré afin de lui venir en aide au quotidien :

- l'entretien courant de son logement ;
- les petites courses quotidiennes, le repassage ;
- la préparation des repas ;
- l'accompagnement au bras pour ses rendez-vous à proximité de son domicile.

Chaque intervention dure au minimum 2 heures.

### • Livraison de repas

L'assistant organise et prend en charge la livraison de repas à domicile.

Le coût des repas reste à la charge de l'assuré.

Les délais de mise en œuvre de ce service sont en moyenne de 4 jours ouvrés mais peuvent varier selon les disponibilités locales.

Par ailleurs, le prestataire local peut imposer un nombre minimum de repas à commander.

Les repas fournis peuvent être établis de manière à tenir compte, sous réserve des disponibilités locales, des contraintes de santé de l'assuré (régime sans sucre, sans sel...) à l'exclusion de toute considération d'ordre personnelle (mode de vie, croyances, préférences).

### • Garde d'animaux

L'assistant prend en charge le transport et la garde des animaux familiers de l'assuré (chiens ou chats uniquement dans la limite de 2 animaux) dans une pension animalière.

**Les chiens de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L. 211-12 du Code rural sont exclus.**

La garde des animaux domestiques ne peut être accordée que pour les chiens et les chats à jour de vaccination et identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé le passeport européen et le carnet de santé\* de l'animal.

Le carnet de santé est délivré par le vétérinaire et comprend notamment les informations suivantes : le nom de l'animal, sa date de naissance, sa race, le numéro de tatouage et les signes particuliers du chien.

Les dégâts causés par les animaux n'entraîneront pas la responsabilité de l'assistant, de même que les éventuelles fugues dues à des défaillances autre que des erreurs humaines.

### • Jardinage

L'assistant organise et missionne un jardinier pour l'entretien courant du jardin de l'assuré : travaux de taille, de tonte, d'entretien des sols, de nettoyage.

Dans le cadre de l'exécution des travaux, le jardinier utilise son propre matériel.

Le service jardinage ne couvre pas :

- l'enlèvement des déchets en fin de service,
- l'utilisation de produits phytosanitaires ou chimiques et d'engrais,
- l'élagage.

Chaque intervention dure au minimum 2 heures.

## Services à la famille

Pour toutes les prestations concernant les enfants, la personne missionnée prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.

Le service est fourni du lundi au vendredi hors jours fériés.

### • Garde d'enfants

Si l'enfant de l'assuré est âgé de moins de 16 ans, l'assistant organise et missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant à domicile en France métropolitaine.

Chaque intervention dure au minimum 2 heures.

### • Aide aux devoirs

Si l'enfant de l'assuré est âgé de moins de 16 ans et que l'état de santé de l'assuré ne permet pas de l'aider à faire ses devoirs, l'assistant missionne un répétiteur scolaire afin d'assurer un soutien pédagogique de l'enfant.

\* Le passeport européen et le carnet de santé

Le passeport européen est un document officiel délivré par un vétérinaire contenant toutes les informations d'identification et de vaccination de votre animal.

Il s'agit de cours particuliers sur les matières principales (mathématiques, français, histoire/géographie, anglais) donnés au domicile en complément de la scolarité suivie par l'enfant.

Sur autorisation des parents, l'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'enfant le programme à étudier. Ce service peut être mis en œuvre pendant l'année scolaire en cours pour les enfants inscrits dans un établissement d'enseignement primaire ou secondaire.

Chaque intervention dure au minimum 2 heures.

#### **• Accompagnement des enfants à l'école**

Si l'enfant de l'assuré est âgé de moins de 16 ans, l'assistant organise et prend en charge l'accompagnement (aller-retour) de l'enfant à l'école du lundi au vendredi hors jours fériés de 7 h à 19 h.

### **7. Les services d'accompagnement pour les proches de l'assuré**

Ces services sont réservés aux proches (conjoint / concubin / enfants / ascendants de 1<sup>er</sup> degré) de l'assuré désignés par ce dernier et sont accessibles par téléphone à compter de la confirmation de la prise en charge de la maladie par le Médecin Conseil.

#### **a) Soutien psychologique**

Sur demande du proche, nous l'orientons vers un service de soutien psychologique pour un entretien téléphonique avec un psychologue clinicien spécialisé.

L'entretien permet au proche d'être écouté et d'être aidé à affronter la situation.

À sa demande, le proche pourra être orienté vers des structures de prise en charge et d'accompagnement adaptées.

Cet entretien est utilisable pendant toute la période de validité du contrat et également en cas de décès de l'assuré, dans la limite d'un entretien.

#### **b) Informations administratives et droits**

Nous conseillons les proches de l'assuré sur les questions administratives, juridiques et sociales liées à l'état de santé de l'assuré.

Lorsque le proche a besoin d'aller plus loin avec une réponse personnalisée à une question juridique et sociale, nous l'orientons vers des organismes susceptibles de répondre à sa demande.

### **8. Dispositions générales**

#### **a) Informations santé ou apparentées**

L'objet des prestations d'informations sur les facteurs de risque, le dépistage, l'activité physique et la santé n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de

favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était la demande de l'assuré, nous lui conseillons de consulter son médecin traitant.

Nous apportons aux questions une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que l'assuré pourra en faire ni de leurs conséquences éventuelles.

#### **b) Exclusions**

Sont exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par ce contrat ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les sinistres survenus en dehors des dates de validité de ce contrat.

Circonstances exceptionnelles

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations, résultant :

- de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes ;
- des recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes ;
- de la non-disponibilité aérienne et des contraintes administratives ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.



**MALAKOFF MÉDÉRIC SERVICES** : Société de courtage d'assurances - 3 esplanade de la Gare, 49911 Angers cedex 9 - SAS au capital de 3 095 120 € - 487 445 108 RCS Angers - N° ORIAS : 07 025 694 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - **AUXIA** : Entreprise régie par le Code des assurances 29 rue Cardinet, 75858 Paris cedex 17 - SA au capital de 74 545 776 € - 422 088 476 RCS Paris - **AUXIA ASSISTANCE** : Entreprise régie par le Code des assurances - 29 rue Cardinet, 75858 Paris cedex 17 - SA au capital de 1 780 000 € - 351 733 761 RCS Paris

Des organismes du groupe Malakoff Médéric - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris - [malakoffmederic.com](http://malakoffmederic.com)