

Les contrats d'assurances n° 96.059 et 98.019 sont souscrits par BOURSORAMA, au bénéfice de ses clients, auprès de SOGECAP et SOGESSUR, entreprises régies par le Code des assurances et ci-après dénommées l'Assureur.

Les contrats n° 96.059 et 98.019 sont distribués par BOURSORAMA (immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 022 916) en sa qualité de courtier d'assurance.

Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 9.

Important : La Notice d'Information de votre adhésion est un document juridique essentiel. Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec votre dossier Assurance Famille.

1 > OBJET DES CONTRATS

Ces contrats d'assurance relèvent des branches 20 (vie-décès), 1 (Accident) et 16 (perte pécuniaires diverses – risques d'emploi) pour lesquelles l'Assureur a reçu un agrément.

L'objet de ces contrats est de garantir :

- en cas de Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à Accident ou Maladie, le versement d'un capital dont le montant choisi par l'Adhérent/Assuré est compris entre 20 000 € et 100 000 € ;
- en cas d'Arrêt de Travail suite à Accident ou Maladie (en option), le versement à l'Adhérent/Assuré d'une prestation mensuelle comprise entre 0 et 2 000 € ;
- en cas de Perte d'Emploi (en option et indissociable de l'Arrêt de Travail), le versement à l'Adhérent/Assuré d'une prestation mensuelle à l'issue d'une période d'acquisition de droits de 9 mois suite à Perte d'Emploi, comprise entre 0 et 2 000 € ;
- en cas d'Infirmitté Accidentelle de l'enfant de l'Adhérent/Assuré, le versement à l'Adhérent/Assuré d'un capital de 80 000 € par enfant de moins de 26 ans, à charge fiscale et dont le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique est supérieur à 30% ;
- l'accès aux services dispensés par MEDECINDIRECT dans les conditions définies en Annexe.

2 > DÉFINITIONS

- **Accident :** toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent/Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont jamais considérés comme Accident au titre de la garantie, les Accidents cérébraux ou cardio-vasculaires, quelle qu'en soit l'origine.**
- **Adhérent/Assuré :** l'Adhérent est la personne physique signant la Demande d'Adhésion. Elle est chargée du paiement des cotisations d'assurance. L'Assuré est la personne sur qui repose le risque garanti. Dans ce contrat l'Adhérent est obligatoirement l'Assuré, ci-après dénommé l'Adhérent/Assuré.
- **Arrêt de travail :**
 - **Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.) :** état médicalement constaté d'incapacité temporaire totale de l'Adhérent/Assuré à exercer son activité professionnelle, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.
 - **Incapacité Permanente Totale (I.P.T.) :** état médicalement constaté d'incapacité permanente totale de l'Adhérent/Assuré à exercer son activité professionnelle, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident justifiant son classement en invalidité.
- **Bénéficiaire(s) :** personne(s) physique(s) désignée(s) sur la Demande d'Adhésion, ou par avenant, qui percevra le capital garanti en cas de décès de l'Adhérent/Assuré.
- **Délai d'attente :** période fixée par le contrat qui commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion, ou de la modification contractuelle, et au cours de laquelle la garantie, ou la mise en œuvre de la modification, ne s'applique pas.

- **Date de consolidation :** date à laquelle l'état de santé de l'Adhérent / Assuré ou de l'enfant de l'Adhérent/Assuré s'étant stabilisé, les conséquences de l'Accident ou de la Maladie deviennent permanentes et présumées définitives, suivant les conclusions du service médical de l'Assureur ou du médecin expert de l'Assureur.
- **Délai de franchise :** nombre minimum de jours consécutifs d'Arrêt de Travail au-delà duquel l'Assureur est susceptible de verser les prestations à l'Adhérent/Assuré.
- **Infirmitté Accidentelle de l'enfant :** état médicalement constaté suite à un Accident justifiant d'un taux d'A.I.P.P. (Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique), déterminé par un médecin expert de l'Assureur, à la date de consolidation, supérieur à 30%.
- **Maladie :** toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- **Perte d'Emploi :** la Perte d'Emploi est garantie pour les salariés en contrat de travail à durée indéterminée ayant fait l'objet d'un licenciement et bénéficiant en outre des revenus de remplacement prévus aux articles L.5421-1 à L.5427-10 du Code du Travail. Les autres allocations susceptibles d'être versées aux personnes privées d'emploi par le Pôle Emploi ou tout autre organisme n'ont pas la nature d'allocations d'assurance chômage au sens du présent contrat.
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :** tout état physique ou mental de l'Adhérent/Assuré le rendant définitivement incapable d'exercer son activité professionnelle et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

3 > CONDITIONS POUR ADHÉRER

L'Adhérent/Assuré doit être âgé au jour de la demande d'adhésion de :

- plus de 18 ans pour l'ensemble des garanties.
- moins de 65 ans pour les garanties décès et P.T.I.A.
- moins de 60 ans pour les garanties Arrêt de Travail (I.T.T., I.P.T) et Perte d'Emploi.
- être résident fiscal français (Métropole exclusivement),
- être détenteur d'un Compte Bancaire Boursorama actif,
- ne pas être déjà titulaire d'une adhésion au présent contrat.

Lors de sa demande d'adhésion au contrat ASSURANCE FAMILLE, l'Adhérent/Assuré peut :

- choisir le montant du capital garanti en cas de Décès ou de P.T.I.A. ;
- opter pour la garantie Arrêt de travail et choisir le montant mensuel de la prestation versée en cas de sinistre ;
- opter pour la garantie Perte d'Emploi, s'il a préalablement choisi d'adhérer à la garantie Arrêt de travail. Le montant de la prestation est identique à celui choisi au titre de la garantie Arrêt de travail.

L'Adhérent/Assuré ne peut opter pour la garantie Perte d'Emploi que s'il est également couvert au titre de la garantie Arrêt de travail.

Les options peuvent être choisies à l'adhésion ou en cours de vie de l'adhésion dans les conditions énoncées au paragraphe « 9 – MODIFICATIONS DE L'ADHESION ».

Pour adhérer, l'Adhérent/Assuré doit se soumettre au questionnaire de santé simplifié :

- si toutes les réponses au questionnaire de santé simplifié sont négatives, l'Adhérent/Assuré est couvert en cas de Maladie et d'Accident.

- si une des réponses au questionnaire de santé simplifié est positive, l'Adhérent/Assuré est couvert uniquement en cas d'Accident.

L'adhésion repose sur l'exactitude des déclarations de l'Adhérent/Assuré conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances. La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion mais expose l'Adhérent/Assuré au versement partiel des prestations en cas de sinistre conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances.

4 > PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

La date d'effet des garanties correspond à la date de la demande d'adhésion réalisée sur le site Boursorama. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à chaque date anniversaire de la date d'effet sous réserve du paiement de la cotisation.

L'Adhérent/Assuré peut à tout moment demander à résilier son adhésion sur le site internet de BOURSORAMA. La résiliation prend effet à la date de demande de résiliation sur internet. En tout état de cause, la cotisation du mois de résiliation est due dans son intégralité.

5 > GARANTIES ET PRESTATIONS

5.1 Garanties Décès et P.T.I.A.

En cas de décès ou de P.T.I.A. de l'Adhérent/Assuré suite à Maladie ou Accident, l'Assureur verse au Bénéficiaire le montant du capital garanti défini dans le Certificat d'Adhésion ou dans l'avenant au Certificat d'Adhésion.

Le décès intervenant dans les 12 mois suivant la date de l'accident sera reconnu comme un décès accidentel et ouvrira droit au versement du capital garanti, à condition qu'il y ait une relation de cause à effet entre l'Accident et le décès.

5.2 Garantie Arrêt de Travail

Si l'Adhérent/Assuré a opté pour la garantie Arrêt de Travail (I.T.T. ou I.P.T.), l'Assureur verse à l'Adhérent/Assuré, après un délai de franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail suite à Accident ou Maladie, le montant de la prestation mensuelle défini dans le Certificat d'Adhésion ou dans l'avenant.

La durée maximale d'indemnisation porte sur une période de 12 mois par sinistre ayant pour origine la même Maladie ou le même Accident.

Cas particulier des rechutes : En cas de rechute médicalement constatée et survenant moins de deux mois après la date de reprise de travail, il n'y aura pas de nouvelle application du délai de franchise si la preuve peut être apportée que cette rechute résulte de la même cause que la précédente. Passé ce délai de deux mois, tout nouvel Arrêt de Travail entraînera l'application du délai de franchise.

Pendant toute la durée de l'adhésion, le nombre de prises en charge au titre de la Garantie Arrêt de Travail n'est pas limité.

5.3 Garantie Perte d'emploi

Si l'Assuré a opté pour la garantie Perte d'emploi et à condition d'avoir opté pour la garantie Arrêt de Travail, l'Assureur verse le montant de la prestation mensuelle défini dans le Certificat d'Adhésion ou dans l'avenant selon les droits acquis par l'Adhérent/Assuré.

Les droits sont calculés en fonction de la durée d'activité en contrat de travail à durée indéterminée (CDI) au cours de la période de référence.

● Période de référence

Le début de la période de référence est :

- la date de prise d'effet des garanties si l'adhésion n'a jamais donné lieu à indemnisation par l'Assureur au titre de la garantie Perte d'Emploi ;

- au lendemain du dernier jour indemnisé par l'Assureur, dans le cas contraire.

La fin de la période de référence est la date de fin du CDI rompu par un licenciement.

● Droits à indemnisation

L'Adhérent/Assuré peut bénéficier de droits à indemnisation si, au cours de la période de référence, il justifie d'une durée d'activité en CDI d'au moins 9 mois continus chez un ou plusieurs employeurs. Sa durée maximale d'indemnisation est calculée comme suit :

Durée d'activité en contrat de travail à durée indéterminée au cours de la période de référence	Durée maximale d'indemnisation
Moins de 9 mois	Pas de droits
Plus de 9 mois	12 mois

● Cas particulier : reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle Perte d'Emploi

En cas de reprise d'activité et de nouvelle période de chômage suite à licenciement, l'Assureur verse :

- le reliquat des droits acquis au moment du licenciement dans le cas où la reprise d'activité est d'une durée inférieure à 9 mois ;

- le reliquat des droits acquis au moment du licenciement dans le cas où la nouvelle Perte d'Emploi n'est pas garantie ;

- la nouvelle durée maximale acquise si la reprise d'activité est d'une durée supérieure à 9 mois.

En tout état de cause, la durée maximale d'indemnisation est de 12 mois quelle que soit la durée du reliquat restant.

Pendant toute la durée de l'adhésion, le nombre de prise en charge au titre de la Garantie Perte d'emploi n'est pas limité.

Aucune modification de garantie ne peut être demandée par l'Adhérent/Assuré pendant une période d'indemnisation au titre de l'Arrêt de Travail ou de la Perte d'Emploi.

5.4 Garantie Infirmitté Accidentelle de l'enfant

Cette garantie concerne les enfants de l'Adhérent/Assuré, à charge fiscalement, âgés de moins de 26 ans, légitimes, naturels ou adoptifs et n'ayant jamais établis de déclaration de revenu autonome.

Sont garanties les infirmités résultant :

● d'un Accident de la vie privée. Par Accident de la vie privée, on entend les conséquences des dommages corporels subis au cours de la vie privée, à la suite d'un événement soudain et imprévu dû à des causes extérieures à la victime et constituant la cause du dommage.

● d'un Accident médical. Par Accident médical, on entend :

- les conséquences des dommages corporels subis par l'enfant à la suite d'un Accident médical, c'est à dire résultant d'un acte ou d'un ensemble d'actes à caractère médical, ayant eu sur l'enfant des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection dont il a été atteint et de son état antérieur.

- sont également prises en charges les conséquences des dommages corporels subis par l'enfant à la suite d'une infection nosocomiale. Une infection est dite nosocomiale si elle a été contractée par l'enfant au cours d'un séjour dans un établissement de santé et qu'elle n'était pas présente en incubation dans son organisme au moment de l'admission dans l'établissement.

● d'un Accident dû à des attentats ou à des infractions. Par Accident dû à des attentats ou à des infractions, on entend les conséquences des dommages corporels subis par l'enfant à la suite d'un attentat ou d'une infraction, c'est-à-dire résultant des faits volontaires ou non, auxquels l'enfant n'a pas pris part et qui présentent le caractère matériel d'une action ou d'une omission définie et punie par le code pénal.

● d'un Accident dû à des catastrophes naturelles ou technologiques. Par Accident dû à des catastrophes naturelles ou technologique, on entend les conséquences des dommages corporels subis par l'enfant à la suite d'un phénomène naturel d'une intensité exceptionnelle ou d'un événement Accidentel imputable à une installation technologique défaillante (pollution, transports collectifs, effondrement d'ouvrage d'art).

L'Assureur verse un capital forfaitaire de 80 000€ à l'Adhérent/Assuré en cas d'infirmité de l'enfant suite à un Accident si le taux d'A.I.P.P (Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique), défini par un médecin expert désigné par l'Assureur à la date de consolidation de l'infirmité, est supérieur à 30%.

Fixation et détermination du taux d'A.I.P.P.

Le taux d'A.I.P.P. est déterminé à la consolidation de l'infirmité par un médecin expert de l'Assureur selon le barème fonctionnel indicatif des incapacités de droit commun publié par la revue « Concours Médical ».

Pour toute la durée de l'adhésion, cette garantie est limitée à 5 sinistres pris en charge par l'Assureur à raison d'un sinistre par enfant.

6 > CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

6.1 Cessation des garanties et de l'adhésion

Les garanties et l'adhésion cessent :

- à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion suivant le 74ème anniversaire de l'Adhérent/Assuré.
- en cas de non paiement des cotisations, sous réserve des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances.
- le jour du décès ou de la P.T.I.A. de l'Adhérent/Assuré.
- le jour de la demande de résiliation de son adhésion par l'Adhérent/Assuré.

Les garanties Arrêt de Travail et Perte d'Emploi cessent :

- à la date de la préretraite ou retraite de l'Adhérent/Assuré quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail, ainsi que lors de la mise en place d'un dispositif de cumul emploi retraite.
- à la date anniversaire de la date d'effet suivant le 65ème anniversaire de l'Adhérent/Assuré.

La cessation des garanties entraîne automatiquement la cessation des éventuelles prestations en cours.

6.2 Cessation des prestations

En complément des cas de cessation des garanties, les prestations Arrêt de Travail ou Perte d'emploi cessent au premier des événements suivants:

Pour la garantie Arrêt de Travail

- le jour de la reprise partielle ou totale d'activité professionnelle de l'Adhérent/Assuré ;
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale sauf pour raison administrative justifiée ;

- en cas de non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail ;
- à l'expiration d'une durée d'indemnisation maximale de 12 mois pour un sinistre ayant pour origine la même Maladie ou le même Accident.

Pour la garantie Perte d'emploi :

- le jour de la reprise partielle ou totale d'activité professionnelle de l'Adhérent/Assuré ;
- à l'expiration d'une durée d'indemnisation maximale de 12 mois pour un sinistre ayant pour origine la même rupture de contrat de travail ;
- le jour où l'Adhérent/Assuré cesse de percevoir les allocations d'assurance chômage pour bénéficier des allocations de solidarité spécifiques, du service d'une pension de retraite ou d'une pension de préretraite.

7 > RISQUES EXCLUS

7.1 Sont exclus des garanties Décès, P.T.I.A. ou Arrêt de Travail suite à I.T.T. ou I.P.T., les événements suivants :

- les Accidents ou Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'adhésion ;
- le suicide de l'Adhérent/Assuré pendant la 1ère année d'assurance ;
- les suites et conséquences des faits intentionnellement causés par l'Adhérent/Assuré ;
- les suites et conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active (les gendarmes, policiers, pompiers et démineurs, dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion) ;
- les suites et conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation de la radioactivité provenant de transmutation de noyau d'atome ;
- les suites et conséquences d'Accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes ULM, vols sur delta-planes et parapentes et vols sur engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- les tentatives de records ;
- les sauts effectués avec des parachutes non approuvés au regard de la réglementation européenne ;
- les suites et conséquences de l'utilisation de véhicules à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse ;
- les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :
 - de troubles anxieux, d'une dépression qu'elle soit endogène ou réactionnelle, de l'épuisement, de manifestations secondaires liées à l'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement, de complications psychiatriques de Maladies somatiques, du syndrome de fatigue chronique, de troubles du comportement, de la fibromyalgie, de manifestations liées ou imputables au stress ou toute autre Maladie psychiatrique et de leur traitement et leurs complications éventuelles ;
 - d'affections disco-vertébrales concernant le rachis (cervical, dorsal, lombaire ou sacré) et de leurs suites et conséquences, de lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales.

Toutefois, les garanties sont acquises lorsque l'une de ces affections nécessite une hospitalisation pour une durée minimale de 14 jours continus ou une intervention chirurgicale.

- les conséquences des traitements esthétiques et/ou d'interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au titre de la présente assurance.

7.2 Sont exclus de la garantie Perte d'Emploi :

Dans tous les cas :

- la démission de l'Adhérent/Assuré même indemnisée par le Pôle Emploi ;
- la fin du contrat de travail à durée déterminée ;
- le licenciement de l'Adhérent/Assuré intervenu à l'initiative d'un membre de sa famille ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par un membre de sa famille ;
- la perte d'emploi à l'issue ou en cours de période d'essai ou de stage quel qu'en soit le régime juridique ;
- la perte d'emploi lorsque l'Adhérent/Assuré est dispensé de recherche d'emploi ou indemnisé au titre d'un régime de solidarité ;
- le licenciement pour faute lourde ou grave, chômage partiel, technique, saisonnier ou suite à intempéries ;
- la rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée telle que prévue dans le Code du travail.

Pour une première indemnisation ou pour une nouvelle durée maximale d'indemnisation :

- le chômage saisonnier, partiel ou technique suite à intempérie sans rupture du contrat de travail ;
- la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, la fin de chantier et la fin d'intérim ;
- les ruptures de contrat de travail au cours de la période d'essai ou à la fin de celle-ci.

7.3 Sont exclus de la garantie Infirmité Accidentelle de l'enfant :

- les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques, électives ou syndicales ;
- les dommages subis à l'occasion d'Accidents de trajets tels que définis par le code de la Sécurité sociale,
- les dommages résultant d'un Accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;
- Les Accidents dans lesquels sont impliqués un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile, dont l'enfant assuré est le conducteur ou passager, à l'exception des moyens de transport terrestres publics ;
- les dommages causés par des Maladies n'ayant pas pour origine un Accident garanti ;
- les conséquences de tout dommage que l'enfant s'est causé intentionnellement ;
- les dommages résultant de la participation de l'enfant à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- les dommages provenant d'une guerre civile ou étrangère ;

- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules ;

- les dommages résultant des expérimentations biomédicales ;
- les dommages résultant d'un Accident dont le fait générateur est antérieur à la date de prise d'effet du contrat ou postérieur à sa résiliation ;
- Les dommages survenus lors de stages :
 - comportant la pratique de prescription et/ou d'actes médicaux,
 - effectués dans le domaine de la recherche médicale ou scientifique.
- Les dommages causés par des pathologies disco-vertébrales (lombalgies, sciatiques, dégénérescences discales...) n'ayant pas pour origine un Accident garanti ;
- Les entorses et ruptures musculaires n'ayant pas pour origine un Accident garanti ;
- Les conséquences d'un suicide ou de la tentative de suicide de l'enfant assuré, que celui-ci ait conscience ou non des conséquences de son acte ;
- Les conséquences directes ou indirectes d'un acte intentionnel de l'enfant assuré ou effectué avec sa complicité, dont le but est :
 - d'attenter à son intégrité physique,
 - de porter atteinte aux biens ou aux personnes,
- Les Accidents survenus lorsque l'enfant est en état d'ébriété ;
- Les Accidents survenus lorsque l'enfant est sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement

8 > COTISATIONS

Montant

Le montant de la cotisation dépend :

- de l'âge de l'Adhérent/Assuré à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion ;
- du montant du capital garanti en cas de Décès ou de P.T.I.A. ;
- du montant des garanties facultatives choisies ;

Le montant de la cotisation intègre le coût de la garantie Infirmité Accidentelle de l'enfant et du service MédecinDirect.

La cotisation est prélevée mensuellement.

Par ailleurs, si les conditions techniques du contrat venaient à être modifiées, le tarif appliqué pourrait être revu. Dans ce cas, l'Adhérent/Assuré serait informé de cette modification par l'avis d'échéance adressé chaque année par BOURSORAMA. L'Adhérent/Assuré pourrait alors exercer sa faculté de résiliation.

Tous impôts et taxes qui s'appliquent ou s'appliqueraient à l'adhésion sont à la charge de l'adhérent, sauf dispositions légales contraires.

BOURSORAMA adressera chaque année, avant l'échéance annuelle de l'adhésion, un avis d'échéance indiquant le montant des prochaines cotisations.

Modalités de paiement

En demandant son adhésion, l'Adhérent/Assuré autorise BOURSORAMA à prélever mensuellement la cotisation sur son compte bancaire.

En cas de non-paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, BOURSORAMA enverra une lettre recommandée. Si le règlement n'est pas parvenu sur le compte de BOURSORAMA dans les 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, les garanties prendront fin à l'issue de ce délai et l'adhésion sera résiliée, conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances.

9 > MODIFICATIONS DE L'ADHÉSION

L'Adhérent/Assuré peut apporter des modifications à son adhésion sur le site internet de BOURSORAMA.

Ces modifications peuvent porter sur l'augmentation ou la diminution des prestations garanties, tout en respectant les montants minimum et maximum prévus au contrat, ou le choix des garanties facultatives.

Les augmentations de garanties peuvent être réalisées à tout moment sur le site internet de BOURSORAMA :

- sans formalité médicale pour les assurés garantis uniquement en cas d'Accident ;
- dans le cas contraire, l'Adhérent/Assuré doit se soumettre à une sélection médicale en cas d'augmentation du capital Décès et/ou de la mensualité des garanties Arrêt de travail et/ou Perte d'Emploi ;

En cas d'augmentation de la garantie Perte d'Emploi, la constitution d'une nouvelle période d'acquisition de droits sera requise pour pouvoir bénéficier du montant des prestations augmenté.

En cas d'augmentation de la garantie Arrêt de travail, un délai d'attente de 6 mois sera introduit pour pouvoir bénéficier du montant des prestations augmenté. Ce délai d'attente ne s'applique pas en cas de sinistre lié à un Accident.

10 > RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET PIÈCES À FOURNIR

Le Décès de l'Adhérent/Assuré doit être déclaré le plus rapidement possible par le(s) Bénéficiaire(s).

La P.T.I.A doit être déclarée le plus rapidement possible par l'Adhérent/Assuré.

L'infirmité Accidentelle de l'enfant doit être déclarée par l'Adhérent/Assuré dans les meilleurs délais à compter de la date de consolidation de l'infirmité Accidentelle.

L'Arrêt de Travail ou la Perte d'Emploi doivent être déclarés par l'Adhérent/Assuré dans un délai maximum de 180 jours suivant la date de l'Arrêt de Travail ou la Perte d'Emploi.

Les Arrêts de Travail ou les Pertes d'Emploi qui n'auraient pas été déclarés dans ce délai, seraient considérés comme ayant leur origine au jour de la déclaration. Aucun paiement ne sera effectué si la déclaration est faite après la date de reprise effective de travail.

Dans les deux cas, le Bénéficiaire doit transmettre à SOGECAP - Service Prévoyance - 42 boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS CEDEX 1, les pièces suivantes :

En cas de décès de l'Adhérent/Assuré :

- l'original du dernier Certificat d'Adhésion ;
- l'extrait de l'acte de décès de l'Adhérent/Assuré ;
- la déclaration administrative de Décès sur modèle de l'Assureur à compléter par les ayants-droit ou le bénéficiaire ;
- le certificat médical sur modèle de l'Assureur dûment complété par le médecin de l'Adhérent/Assuré ;
- en cas de décès consécutif à un Accident : toute pièce établissant que le décès résulte d'un Accident (procès verbal de gendarmerie, coupure de presse, etc...) ;
- le cas échéant, les coordonnées du notaire chargé de la succession ;

- et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent/Assuré :

- tout document permettant de rapporter la preuve de l'adhésion de l'Adhérent/Assuré au présent contrat ;
- la déclaration administrative de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sur modèle de l'Assureur à compléter par l'Adhérent/Assuré ;
- le certificat médical sur modèle de l'Assureur dûment complété par le médecin traitant de l'Adhérent/Assuré ;
- la notification par la Sécurité sociale d'une invalidité 3ème catégorie ou, si l'Adhérent/Assuré n'est pas assuré social, tout rapport médical attestant de la date de consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie ;
- en cas de P.T.I.A. consécutive à un Accident : toute pièce établissant que la P.T.I.A. de l'assuré résulte d'un Accident (procès verbal de gendarmerie, coupure de presse, etc...) ;
- et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

En cas d'Arrêt de Travail suite à I.T.T. ou I.P.T. de l'Adhérent/Assuré :

- tout document permettant de rapporter la preuve de l'adhésion de l'Adhérent/Assuré au présent contrat ;
- la déclaration administrative d'Incapacité de Travail sur modèle de l'Assureur à compléter par l'Adhérent/Assuré ;
- le certificat médical sur modèle de l'Assureur dûment complété par le médecin traitant de l'Adhérent/Assuré ;
- les volets ou attestations de prestations de la Sécurité sociale si l'Adhérent/Assuré est assuré social ;
- en cas d'I.P.T., la notification de pension d'invalidité délivrée par la Sécurité sociale ou par un organisme assimilé ;
- en cas de prolongation de l'Arrêt de Travail, un certificat attestant du maintien en Arrêt de Travail ;
- et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

En cas de Perte d'Emploi :

- tout document permettant de rapporter la preuve de l'adhésion de l'Adhérent/Assuré au présent contrat ;
- la déclaration administrative de Perte d'Emploi sur modèle de l'Assureur à compléter par l'Adhérent/Assuré ;
- la copie de l'attestation de l'employeur destinée à Pôle Emploi ;
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle Emploi ou organismes assimilés ou par l'Etat ;
- les bordereaux de paiement des prestations par Pôle Emploi ou organismes assimilés ;
- et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

En cas d'infirmité Accidentelle des enfants :

- tout document permettant de rapporter la preuve de l'adhésion de l'Adhérent/Assuré au présent contrat ;
- copie du livret de famille ;
- la déclaration administrative d'infirmité de l'enfant sur modèle de l'Assureur à compléter par l'Adhérent/Assuré ;
- toute pièce établissant que l'infirmité de l'enfant résulte d'un Accident (procès verbal de gendarmerie, coupure de presse, bulletin de situation en cas d'hospitalisation) ;
- toute pièce justifiant la prise en charge fiscale de l'enfant par l'Adhérent/Assuré ;
- et éventuellement, tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

Les différentes pièces demandées ci-dessus peuvent être adressées sous pli confidentiel au Médecin Conseil de Sogécap - 42, boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLÉANS cedex 1.

A défaut de transmettre au Médecin Conseil de l'Assureur les informations et documents demandés, la garantie ne pourra être exécutée par l'Assureur.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque en désignant, si besoin est, un expert médical, les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme ne s'imposant pas à elle.

Tous impôts et taxes qui s'appliquent ou s'appliqueraient lors du règlement des prestations sont à la charge du Bénéficiaire des prestations sauf dispositions légales contraires.

11 > EXPERTISE AMIABLE

En cas de désaccord entre l'Adhérent/Assuré ou le Bénéficiaire d'une part, et l'Assureur d'autre part, quant au paiement des prestations garanties, une expertise amiable peut être envisagée par les parties sous réserve de leurs droits respectifs.

Chaque partie choisit un médecin expert. Si les médecins experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin expert et se prononcent en commun et à la majorité des voix.

Faute par une partie de nommer son expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le président du Tribunal de Grande Instance ou du Tribunal de Commerce dans le ressort duquel se trouve le lieu de résidence de l'assuré. Cette désignation a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt 15 jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son expert et, pour moitié, ceux du tiers-expert.

12 > RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, l'Adhérent/Assuré doit contacter SOGECAP - Service Relations Clients - 42 bd Alexandre Martin 45057 Orléans Cedex 1. Tél : 09.69.362.362.

L'Assureur s'engage à répondre à votre demande sous 10 jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire SOGECAP accusera réception dans ces 10 jours et une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximal de 60 jours calendaires à compter de la réception de votre demande.

Si votre désaccord persistait après la réponse donnée par SOGECAP, vous pourriez demander l'avis du médiateur de la FFSA, dont les coordonnées sont les suivantes : Le Médiateur de la FFSA - BP 290 75425 Paris Cedex 9 - Fax : 01.45.23.27.15 ; Courriel : le.mediateur@mediation-assurance.org. La « charte de la médiation » de la FFSA est disponible sur le site www.ffsa.fr.

13 > VOTRE INFORMATION

Après enregistrement et acceptation de l'adhésion, l'Adhérent/Assuré recevra par courriel un Certificat d'Adhésion qui matérialisera son adhésion au contrat ASSURANCE FAMILLE.

14 > DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action concernant le contrat et émanant de l'Adhérent/Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle.

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'Adhérent/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'Adhérent/Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent/Assuré, le délai est porté à dix ans.

Ce délai est interrompu par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'Adhérent/Assuré ou par l'Assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) ainsi que par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent/Assuré en ce qui concerne le règlement des prestations.

15 > RENONCIATION

L'Adhérent/Assuré peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date à laquelle l'adhésion est conclue sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Dans le cas où la première cotisation est prélevée, l'Adhérent/Assuré sera remboursé.

La demande de renonciation est à renseigner sur le site internet de BOURSORAMA.

16 > MODIFICATION DU CONTRAT

En cas de modification des contrats ASSURANCE FAMILLE souscrits par BOURSORAMA auprès de SOGECAP et SOGESSUR, les Assurés seraient informés par écrit, au moins trois mois avant la date d'anniversaire du contrat, des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations conformément à l'article L141-4 du Code des assurances. L'Assuré pourrait alors dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

17 > RÉSILIATION DU CONTRAT

En cas de résiliation des contrats ASSURANCE FAMILLE par l'Assureur ou BOURSORAMA, les garanties accordées seraient maintenues aux adhésions en cours, dans les mêmes conditions de fonctionnement des contrats ASSURANCE FAMILLE. Les Adhérents/Assurés seraient informés de cette résiliation par écrit au plus tard deux mois avant la date de non-renouvellement.

18 > RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Si l'Adhérent/Assuré désire de plus amples informations il peut, sur simple demande, obtenir un exemplaire des conditions générales des contrats en écrivant à : SOGECAP - Service Prévoyance - 42, boulevard Alexandre Martin - 45057 Orléans Cedex 1, ou par téléphone au : 09.69.362.362 - Fax : 02.38.79.54.54.

ANNEXE : SERVICES MEDECINDIRECT

1 > OBJET

Conformément à la convention de partenariat passée entre SOGECAP et MEDECINDIRECT (SAS au capital de 52 800 €, dont le siège social est situé au - 1, Chemin de Saulxier - 91160 Longjumeau - immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés d'EVRY sous le n°508.346.673), le service MEDECINDIRECT permet aux Adhérents/Assurés du contrat ASSURANCE FAMILLE d'être mis en relation directement avec un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

2 > DESCRIPTION DES SERVICES

Chaque Adhérent/Assuré peut profiter des services de MEDECINDIRECT, décrits ci-après :

- Une information de médecine générale
 - Aide à la compréhension d'un symptôme, d'un diagnostic, d'un traitement ;
 - Permet au Bénéficiaire assuré d'être guidé et poser de bonnes questions eu égard au flot important d'informations diffusées sur internet ;
 - Informe sur des sujets d'actualité, des conduites à tenir, des choix à faire.
- La pré-consultation

Aide à préparer l'entretien et permettre de poser les bonnes questions ou expliquer plus précisément ses symptômes et ainsi éviter une erreur éventuelle d'orientation.
- La post-consultation

Apporte une information personnalisée, conforter la consultation initiale et aider à la bonne compréhension et au bon suivi du traitement.

3 > FONCTIONNEMENT

Le service MEDECINDIRECT est accessible trois heures par an et par Bénéficiaire assuré à compter de la prise d'effet des garanties soit :

- via le site internet www.medecindirect.fr après avoir créé un compte utilisateur. Ce service est accessible 24h/24 et 7j/7.
- ou par téléphone au 0.821.01.10.30 (appel non surtaxé, ligne fixe France Télécom). Ce service est disponible du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h à 19h.

MEDECINDIRECT n'est pas un service d'urgence. Le délai de réponse n'est pas compatible avec un état de santé pouvant nécessiter une consultation en urgence. En cas de doute, le Bénéficiaire doit contacter immédiatement son médecin traitant ou le 15.

L'accès au service prend fin en cas de cessation des garanties.

4 > CONFIDENTIALITÉ – SECRET

MEDECINDIRECT ainsi que tous ses collaborateurs sont tenus au respect du secret médical et de la législation afférente aux traitements des données personnelles. MEDECINDIRECT garantit la confidentialité, la sécurisation et l'enregistrement dans une base de données confidentielle et soumise au secret médical des informations communiquées par les Bénéficiaires assurés.

5 > RESTRICTION

Selon les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins, l'information et les conseils en ligne ne sont pas des consultations médicales et ne doivent exonérer ni le médecin ni le patient d'une véritable consultation avec l'historique des antécédents médicaux et l'historique de la plainte actuelle du patient, avec les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris et un examen clinique qui seuls peuvent permettre d'aboutir à un diagnostic et à une prescription.

6 > RESPONSABILITÉ

Les obligations de MEDECINDIRECT sont des obligations de moyens. La responsabilité de MEDECINDIRECT ne saurait être recherchée pour les conséquences médicales qui pourraient découler des services rendus. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à l'encontre de MEDECINDIRECT en cas de retard dans l'exécution du service, l'utilisation ou d'usage abusif des informations contenus sur le site Internet par tout tiers, y compris par tout Adhérent/Assuré.

En aucun cas, SOGECAP ne pourra être tenue pour responsable des conséquences de l'utilisation des services.