



DISPOSITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION



CONTRAT OPÉRATION PRÉVOYANCE ENFANT

SOMMAIRE

TITRE I - LA CONVENTION

Article 1	Objet de la convention	P.6
Article 2	Effet - Durée - Reconduction	P.6

TITRE II - OBLIGATIONS RÉCIPROQUES

Article 3	Adhésion - Renonciation.....	P.6
Article 4	Prise d'effet des garanties - Délai de carence.....	P.6
Article 5	Cessation des garanties	P.6
Article 6	Bases de l'assurance.....	P.6
Article 7	Règlement des cotisations.....	P.6
Article 8	Modification de l'assurance	P.7
Article 9	Obligations incombant à l'assuré.....	P.7
Article 10	Définitions	P.7
Article 11	Arbitrage médical.....	P.7
Article 12	Exclusions.....	P.7

TITRE III - GARANTIES

Article 13	Invalidité absolue et définitive.....	P.7
Article 14	Invalidité permanente par accident.....	P.7
Article 15	Lunettes, dents, orthodontie endommagées lors d'un sinistre prévu au contrat.....	P.8
Article 16	Dommages aux biens.....	P.8
Article 17	Pertes financières concernant les cotisations sport, loisirs, culture	P.8
Article 18	Indemnités journalières suite à une maladie ou un accident	P.8
Article 19	Aide à la famille en cas de décès par accident.....	P.8
Article 20	Indemnisation.....	P.8

TITRE IV - CONDITIONS PARTICULIERES

Article 21	Formules de garanties	P.8
Article 22	Cotisations	P.8

TITRE V - DISPOSITIONS LEGALES

5.1	Protection des données personnelles	P.9
5.2	Opposition au démarchage téléphonique	P.9
5.3	Souscription à distance du contrat	P.9
5.4	Dispositions particulières	P.9
5.5	Faculté de renonciation	P.9
5.6	Réclamation.....	P.10
5.7	Prescription.....	P.10
5.8	Autorité de contrôle.....	P.10

GUIDE DES FORMALITÉS

1.	Formalités en cas de sinistre.....	P.11
2.	Autres formalités	P.11
3.	Réclamations	P.11
4.	Confidentialité	P.11
5.	Contacts avec Tégo.....	P.11



NOTICE D'INFORMATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE GROUPE N°3/MAA

prévue par l'article L 141-4 du Code des assurances

La convention est conclue entre :

- Tégo, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée et enregistrée sous le n°14.669 dont le siège social est au situé au 153 rue du Faubourg Saint Honoré 75008 Paris, ci-après dénommée la « Contractante » au profit de ses adhérents qui prennent la qualité d'Assurés ;

et

- la MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES (MAA), ayant son siège social 27 rue de Madrid, 75008 Paris ;
- QUATREM, ayant son siège social au 21 rue Laffitte, 75009 Paris.

ci-après dénommées « l'Assureur » et représentées par la Mutuelle d'assurance des armées (MAA), société apéritrice de la convention et, à ce titre, chargée de gérer celle-ci au nom des Assureurs précités.

Ces entreprises sont toutes régies par le Code des assurances et soumises aux recommandations de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

La Contractante s'engage à remettre à l'Adhérent souscripteur la présente Notice qui comprend :

- Les dispositions de la convention d'assurance de groupe n° 3/MAA traitant des obligations réciproques et des garanties convenues.
- Le guide des formalités à accomplir dans les différentes situations.

TITRE I - LA CONVENTION

Article 1

OBJET DE LA CONVENTION

La Convention a pour objet de mettre en œuvre une assurance de groupe sur une garantie de prévoyance destinée aux enfants de toute personne membre de la Contractante telle que définis par les statuts du Tého. L'enfant peut être légitime, reconnu, adopté, recueilli ou en tutelle.

Dans ce qui suit les adhérents de Tého qui souscrivent à cette garantie prennent le nom de « souscripteurs ». A ce titre, ils peuvent postuler à ce régime pour les enfants dont ils ont la charge effective qui deviennent alors les « assurés ».

L'ensemble des relations entre l'Assureur et chacun des souscripteurs est désigné par le terme de « contrat ».

La garantie est valable en tous lieux, tous temps et en toutes circonstances, hors les exclusions prévues à l'Art. 12. Elle prévoit :

- le versement d'un capital en cas d'invalidité absolue et définitive (IAD) ou d'invalidité permanente consécutive à un accident ;
- le versement d'indemnités pour des suites d'accident ou d'incidents de la vie courante (conséquences de vol ou perte) ainsi qu'en cas de maladie ou d'hospitalisation, telles que définies dans les conditions particulières.
- une aide à la famille en cas de décès de l'assuré faisant suite à accident.

Les conditions générales, objet de la 1^{ère} partie, définissent les obligations réciproques et les garanties du contrat.

Les conditions particulières, objet du titre IV, définissent les montants des prestations et des cotisations proposées au souscripteur. Ils varient selon la formule choisie par le souscripteur et selon les conditions de valorisation qui lui sont communiquées chaque année.

Article 2

Effet - durée - reconduction

La convention est modifiée par avenant et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année à défaut de dénonciation par l'une ou l'autre des parties exprimée par lettre recommandée, envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Les Souscripteurs sont informés individuellement de la dénonciation de la convention par lettre recommandée, avec accusé de réception, envoyée par la Contractante un mois au moins avant le terme de leur garantie.

En cas de dénonciation de la convention, les adhésions sont résiliées à la même date. La résiliation met fin à l'ensemble des garanties y compris en cas d'aggravation ou d'évolution de l'état de santé de l'Assuré. Cependant, pour les Assurés ayant acquitté avant la date de résiliation une cotisation portant sur une période d'échéance postérieure à cette date, la cessation des garanties est reportée à la fin de ladite période.

La résiliation ou le non renouvellement de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

Le versement des prestations de toute nature se poursuit compte tenu du niveau de revalorisation atteint avant la résiliation ou le non renouvellement et sans préjudice des révisions prévues dans la convention.

Aucune revalorisation complémentaire des prestations n'est accordée postérieurement à la date de non renouvellement ou de résiliation.

Titre II - OBLIGATIONS RECIPROQUES

Article 3

Adhésion - Renonciation

La souscription peut être réalisée :

- au plus tôt, dès la naissance de l'enfant,
- au plus tard, au 31 décembre de l'année de son 17^{ème} anni-versaire.

L'Adhérent dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus, à compter du jour où il est informé que le contrat est accepté, pour renoncer à l'assurance. Il doit alors formuler sa demande par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la Contractante (cf. article L. 132-5-1 du Code des assurances).

La renonciation entraîne :

- la restitution par l'Assureur de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée, si aucune garantie n'a été mise en jeu depuis la signature de la déclaration d'adhésion,
- l'annulation de la déclaration d'adhésion.

En cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en

cours de contrat,

- si le Souscripteur est de mauvaise foi, le contrat est réputé nul et non avenu conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances ;
- si la mauvaise foi du Souscripteur ne peut être établie, la résiliation peut intervenir à l'initiative de l'Assureur conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances.

Article 4

Prise d'effet des garanties - Délai de carence

Le risque maladie est couvert six mois après la date de la première échéance de cotisation à la souscription ou six mois après la date retenue lors d'une modification (délai de carence).

Le risque accident est couvert (sauf demande d'effet différé excédant d'un mois la souscription) dès la signature de la demande de souscription devant un conseiller Tého et la remise à celui-ci :

- de la demande de souscription,
- d'un titre de paiement de la 1^{ère} cotisation,
- d'une déclaration du Souscripteur sur l'état de santé de l'enfant,

ou le lendemain de l'envoi de ces trois documents, complétés par un rapport médical datant de moins de six mois, si la souscription est faite par courrier en recommandé au Siège de Tého.

Tant que tous les documents n'ont pas été transmis, complétés et signés, le contrat reste nul et sans effet.

L'Assureur se réserve le droit de refuser la souscription ou de la subordonner à la production de toute information qu'il juge utile. Le contrat conserve alors tous ses effets tant que l'Assureur n'a pas envoyé au Souscripteur une lettre recommandée notifiant le refus. L'Assureur dispose de 45 jours pour envoyer cette lettre.

Article 5

Cessation des garanties

Ce contrat est souscrit pour un an. Il est reconduit tacitement d'année en année à la date d'échéance anniversaire.

Il s'arrête de plein droit et dans tous ses effets le 31 décembre de l'année du 18^{ème} anniversaire de l'enfant. Cependant, les enfants scolarisés bénéficient de la garantie du contrat jusqu'à la fin de l'année scolaire démarrée l'année de leur 18^{ème} anniversaire. Dans ce cas, l'extension des garanties au-delà de la 18^{ème} année et jusqu'à la fin de l'année scolaire entamée est faite à titre gratuit.

Tout Assuré cesse également de bénéficier des garanties au terme de la période pour laquelle la dernière cotisation due a été payée, lorsque le Souscripteur :

- résilie son adhésion à l'assurance, en adressant au siège de la Contractante une lettre recommandée au moins trente jours avant la date d'échéance principale (cachet de la poste faisant foi).
- perd la qualité d'Adhérent à la Contractante par suite de démission,
- perd la qualité d'Adhérent par suite de non-paiement de la cotisation ou en cas de résiliation de la Convention par la Contractante ou par l'Assureur.

Article 6

Bases de l'Assurance

1. Prestations et cotisations

Les prestations et les cotisations de l'assurance sont basées sur trois formules. Elles sont valorisées d'un coefficient qui est arrêté chaque année conjointement par la Contractante et l'Assureur, en tenant compte notamment de la variation de l'indice 100 des rémunérations des personnels civils et militaires de l'Etat, telles qu'elles figurent dans les décrets publiés au Journal officiel. Il est appliqué automatiquement, au moment de l'échéance principale, aux capitaux garantis en cas d'invalidité et aux cotisations.

Hormis cet ajustement, l'Assureur s'engage à ne procéder à aucune révision des conditions particulières du contrat.

2. Notification annuelle

Chaque année, une lettre est adressée au Souscripteur par la Contractante pour l'informer de la variation des capitaux et cotisations en application de l'article 6-1.

Article 7

Règlement des cotisations

Les cotisations sont fixées dans les conditions particulières.

Elles sont payables à la date d'échéance anniversaire, soit le premier jour du mois qui suit la souscription.

En cas de non-paiement, les garanties sont suspendues automatiquement 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée notifiant la mise en demeure prévue par l'article L 113-3 du Code des assurances.

Si la cotisation reste impayée, l'Assureur résilie de droit le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai.

Article 8

Modification de l'assurance

Le souscripteur peut demander à modifier son contrat. Cette modification est réalisée par voie d'avenant dans les mêmes conditions que pour une souscription. Le Souscripteur peut résilier son contrat dans les conditions de l'Article 5.

En cas de décès du Souscripteur, un nouveau contrat peut être réalisé par la personne qui prend la charge des enfants, les garanties étant maintenues jusqu'à cette date et au maximum durant six mois.

Article 9

Obligations incombant au Souscripteur

1. Élection de domicile

Chaque Souscripteur doit faire mention, sur sa déclaration d'adhésion, d'une résidence fixe ce qui vaut élection de domicile ; tout changement de résidence doit être porté par écrit à la connaissance de la Contractante.

2. Contrôle médical

Les médecins et agents délégués par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut être interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et agents délégués par l'Assureur, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme.

Sous peine de suspension du service des prestations, le Souscripteur doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Assureur.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions de son médecin conseil sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; celui-ci peut en contester le bien-fondé dans les quinze jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

3. Déclaration des sinistres

Le sinistre est la réalisation d'un risque garanti. Il doit survenir ou être déclaré pendant la période d'effet du contrat.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, le sinistre doit être déclaré dans les six mois qui suivent sa date de survenance.

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux prestations doit être déclaré dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les six mois de survenance de l'évènement, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration de sinistre doit être adressée à la Mutuelle d'Assurance des Armées par lettre sous pli « SECRET MÉDICAL » adressée à son siège social au 27 rue de Madrid - 75008 Paris, accompagnée de tous les documents et renseignements nécessaires pour fixer le montant des indemnités.

Il appartient à l'Assuré ou à son représentant légal d'apporter la preuve du sinistre, des dommages y afférents et de son origine accidentelle lorsque des garanties liées à cette origine sont concernées. A cet effet, il fournit toutes pièces justificatives et il se prête à tous examens médicaux que l'Assureur juge nécessaires, sauf opposition justifiée.

Toutes actions dérivant de la Convention sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, ce délai étant porté à dix ans pour la garantie décès dans le respect des dispositions de l'article L.114-1 du Code des assurances. Toutefois, la prescription est interrompue (cf. article L.114-2 du Code des assurances) 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 cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

4. Recours

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de

tout tiers responsable.

Article 10

Définitions

L'accident au sens de la garantie est concrétisé par toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré et atteignant celui-ci dans son intégrité physique par le fait d'un événement imprévisible qui lui est extérieur.

Article 11

Arbitrage médical

En cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et celui de l'assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager ; faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

Article 12

Exclusions

Sont exclus de la garantie les sinistres résultant de :

- la pratique professionnelle d'un sport ;
- l'usage de stupéfiants sans prescription médicale ;
- la mutilation volontaire ou de la tentative de suicide ;
- les suites d'une opération chirurgicale nécessitée par un accident non couvert par le contrat ;
- une guerre où la France est belligérante.

Sont également exclues :

- toutes les maladies héréditaires, connues avant l'âge de deux ans ;
- toutes les maladies ou malformations congénitales connues avant l'âge de deux ans.

Titre III - GARANTIES

Le montant des garanties est fixé dans les conditions particulières (titre IV).

Article 13

Invalidité absolue et définitive (IAD)

L'invalidité absolue et définitive est la constatation de ce que l'Assuré est définitivement incapable d'exercer le moindre travail susceptible de lui assurer salaire, gain ou profit et a désormais besoin en permanence de l'assistance d'une tierce personne.

Cette garantie est acquise quelle que soit la cause de l'invalidité, accident ou maladie, sous réserve que l'IAD soit reconnue après examen par un médecin expert mandaté par l'Assureur.

Si dans le cadre du règlement de ce sinistre, la garantie IPPA a été mise en jeu préalablement, le capital versé au titre de l'IPPA est déduite du capital versé au titre de l'IAD.

L'Assuré reconnu en IAD et ayant perçu les indemnités correspondantes ne reçoit aucune autre indemnité au titre du même sinistre. Son contrat cesse dans tous ses effets le jour du versement à l'Assuré ou à son représentant du capital IAD.

Article 14

Invalidité permanente par accident (IPPA)

L'invalidité permanente par accident est la constatation d'une diminution définitive partielle ou totale de l'intégrité corporelle de l'Assuré à la suite d'un accident.

L'IPPA est calculée en fonction d'un taux d'incapacité apprécié, après consolidation, par le médecin expert mandaté par l'Assureur.

Les normes suivantes sont appliquées.

1. Le barème retenu est celui du droit commun.
2. Seule l'invalidité fonctionnelle est prise en compte à l'exclusion du pretium doloris, du préjudice esthétique ou d'agrément et de l'invalidité professionnelle présente et future.
3. Le taux d'invalidité reconnu par l'Etat ou tout autre organisme ne constitue pas une référence.
4. Le taux cumulé des lésions de plusieurs membres ou organes ne peut dépasser 100%.

- Si plusieurs lésions intéressent le même membre ou organe, le taux cumulé de ces lésions ne peut dépasser celui correspondant à la perte de ce membre ou organe.
- Si un état antérieur se trouve aggravé par un accident, le nouveau taux est évalué par différence entre les capacités avant et après cet accident.
- Aggravation ou amélioration : si l'invalidité reconnue après le sinistre et réputée consolidée s'aggrave ultérieurement, l'Assuré ne reçoit aucune indemnité supplémentaire de ce fait ; si l'invalidité s'améliore, l'indemnité qui a été versée à l'Assuré lui reste acquise.

Article 15

Lunettes, dents, appareils d'orthodontie endommagés lors d'un sinistre prévu au contrat

Les indemnités viennent en complément des versements de la Sécurité Sociale, des mutuelles complémentaires et des assurances souscrites par ailleurs dans la limite du forfait annuel actualisé.

La prise en compte d'une prothèse dentaire définitive ultérieure, dès lors qu'elle est justifiée lors de l'accident par un certificat du dentiste, donne droit au versement intégral du forfait.

Article 16

Dommages aux biens

Le vol du cartable et des fournitures scolaires, dans l'enceinte de l'établissement scolaire, est garanti une fois par année d'assurance après dépôt de plainte auprès des autorités de police ou de gendarmerie.

Le vol des vêtements, des clés et des papiers administratifs est garanti, dans l'enceinte de l'établissement scolaire ou sur le trajet scolaire (établissement-domicile), après dépôt de plainte auprès des autorités de police ou de gendarmerie.

Le bris d'un instrument de musique et de l'étui protecteur est garanti si celui-ci survient lors d'un sinistre prévu au contrat.

L'indemnisation s'effectue sur présentation des factures de remplacement dans la limite du forfait annuel actualisé.

Article 17

Dommages aux biens

La part de cotisation payée pour l'enfant au titre des activités sportives, de loisirs ou culturelles est remboursée une fois par année d'assurance, dans la limite du forfait annuel actualisé, lorsque l'enfant n'a pu participer à ces activités en raison d'une incapacité temporaire totale (ITT) supérieure à 30 jours consécutifs à un accident (cf §18). L'application de la garantie est subordonnée à la présentation d'une attestation indiquant notamment le prix de la cotisation payée.

L'indemnisation du transport d'un enfant blessé ou malade vers un centre hospitalier, sans franchise kilométrique, vient en complément des versements de la Sécurité Sociale et des mutuelles complémentaires à concurrence des frais engagés par l'assuré dans la limite du forfait annuel actualisé.

Article 18

Indemnités journalières suite à une maladie ou un accident

Cette garantie prend effet au 1^{er} janvier du 6^{ème} anniversaire de l'enfant assuré. Elle est ouverte aux Assurés poursuivant leurs études après cet âge, dans un établissement d'enseignement public ou privé. Si l'Assuré a plus de 16 ans, un certificat de scolarité valable pour l'année en cours devra être fourni pour mettre en œuvre la garantie.

Le montant de l'indemnité sera apprécié en fonction de la durée d'incapacité temporaire totale subie par l'Assuré ayant eu pour cause une indisponibilité physique prescrite ou attestée par un médecin (hospitalisation, repos complet à la maison, séjour dans un centre spécialisé). L'indemnisation intervient dès que l'interruption d'activité est supérieure à trois jours pour un même sinistre.

Les soins reçus à domicile ou à l'extérieur sans interruption d'activité ne donnent pas lieu à indemnisation.

Article 19

Aide à la famille en cas de décès par accident

Elle est acquise dès lors que le décès a été attesté d'origine accidentelle.

Article 20

Indemnisation

Le calcul de l'indemnité est établi d'après le montant des garanties fixées aux Conditions Particulières au jour de survenance du sinistre. Les indemnités sont versées à la personne qui a la charge effective de l'enfant ou à l'Assuré si celui-ci est majeur.

En cas de décès faisant suite à accident, les indemnités représentant une aide à la famille sont versées dans le mois qui suit la déclaration, au Souscripteur ou, à défaut, aux ayants droit.

Les indemnités prévues dans le cadre de la garantie « Indemnités journalières » sont versées dès que l'interruption d'activité est supérieure à trois jours pour un même sinistre.

TITRE IV - CONDITIONS PARTICULIERES

Les prestations comme les cotisations sont indexées annuellement selon les dispositions de l'article 6.

Article 21

Formules de garantie

• Invalidité

Trois formules de garanties sont proposées pour les risques d'invalidité (F1, F2, F3).

Invalidité absolue et définitive (Maladie ou accident)

Capital garanti	F1	F2	F3
	48 000 €	96 000 €	192 000 €

Invalidité permanente par accident

Indemnité garantie : taux reconnu d'invalidité x capital de la tranche d'invalidité			
Taux d'invalidité	F1	F2	F3
entre 1% et 9%	8 000 €	16 000 €	32 000 €
entre 10% et 29%	12 000 €	24 000 €	40 000 €
entre 30% et 59%	16 000 €	48 000 €	80 000 €
entre 60% et 80%	32 000 €	64 000 €	128 000 €
supérieur à 80%	48 000 €	96 000 €	192 000 €

• Autres sinistres

Lunettes, dents, appareils d'orthodontie endommagés lors d'un accident (tel que défini au contrat)

– Bris de lunettes : jusqu'à 190 €

– bris de prothèse dentaire : jusqu'à 150 €

– pose et remise en état d'un appareil d'orthodontie : jusqu'à 390 €.

Dommage aux biens

– Vol de cartable et fournitures scolaires : jusqu'à 65 €

– Vol de vêtements, de clés, de papiers administratifs : jusqu'à 65 €

– Instruments de musique et étuis protecteurs endommagés lors d'un accident (tel que défini au contrat) : jusqu'à 500 €.

Perte financière concernant les cotisations de sport, loisirs, culture : jusqu'à 160 €.

Indemnités journalières suite à une maladie ou un accident (à/c du 1^{er} janvier du 6^{ème} anniversaire de l'enfant assuré)

– 20 € par jour pendant 365 jours maximum (à/c du 4^{ème} jour d'arrêt)

– s'y ajoutent 320 € par tranche de 120 jours d'arrêt.

• Aide à la famille en cas de décès par accident : 6 000 €

Article 22

COTISATIONS

Les coûts indiqués n'incluent pas la cotisation annuelle à l'Association Tégé obligatoire pour souscrire à la présente Convention.

Garanties	F1	F2	F3
Jusqu'au 31 décembre du 5 ^e anniversaire	17 €	29 €	55 €
Après le 1 ^{er} janvier du 6 ^e anniversaire	+ 8 € par an		

La gratuité est appliquée à partir du 4^{ème} enfant dans la même formule que les trois premiers.

TITRE V - DISPOSITIONS LEGALES

5.1 Protection des données personnelles

Pourquoi recueillir les données personnelles de l'adhérent ?

Les informations personnelles de l'adhérent, de la personne à assurer ou du bénéficiaire sont nécessaires à l'assureur pour respecter ses obligations légales, conclure et gérer le contrat de l'adhérent et mieux le connaître. Elles servent à identifier l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire, à évaluer un risque, à déterminer les préjudices, et lutter contre le blanchiment et la fraude. Les données de santé de l'adhérent font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical. En outre, l'assureur a besoin des données de l'adhérent pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à sa profession (entre autre dans le cadre de la lutte contre le blanchiment).

Avec l'accord express de l'adhérent, ses données servent également un objectif commercial. Elles peuvent être liées à ses habitudes de vie, à sa localisation... Elles aident le réseau de distribution d'Allianz dédié à Tégô et l'association Tégô à mieux le connaître, et ainsi à lui présenter des produits souscrits par l'association Tégô et des services adaptés à ses seuls besoins (profilage). Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de sa satisfaction.

Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles ?

Peuvent consulter ou utiliser les données personnelles :

- L'Assureur et le réseau de distribution dédié à Tégô, mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution du contrat : sous-traitants, prestataires, réassureurs. Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, l'assureur conçoit des garanties spécifiques pour assurer la protection complète des données de l'adhérent. Si l'adhérent souhaite des informations sur ces dispositions, il peut écrire à l'adresse indiquée au paragraphe « Comment exercer ses droits ».
- L'Association souscriptrice Tégô, pour la gestion de l'ensemble des services proposés aux adhérents.

Combien de temps sont conservées les données personnelles ?

Si l'adhésion est définitivement acceptée, l'assureur conserve les données tout au long de l'adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Si l'adhésion au contrat n'est pas conclue :

- Le réseau de distribution dédié Tégô conserve les données commerciales au maximum 3 ans après le dernier contact entre la personne et le conseiller Tégô ;
- L'assureur conserve les données médicales au maximum 5 ans à partir de leur collecte ; celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Quelle est l'utilité des cookies ?

Les cookies sont utilisés car ils facilitent et accélèrent la navigation de l'adhérent sur le web. Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur l'ordinateur de l'adhérent, son smartphone, sa tablette ou son navigateur. Grâce à eux, les habitudes de connexion de l'adhérent sont reconnues et ses pages sont chargées plus rapidement.

Données personnelles : quels sont les droits de l'adhérent ?

Consulter, modifier, effacer... l'adhérent et l'assuré disposent de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de leurs données :

- le droit d'opposition, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à la relation contractuelle ;
- le droit d'accès et de rectification, quand l'adhérent le souhaite ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de ses données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à la relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer ses données à la personne de son choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord qu'il avait donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;
- le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... : l'adhérent désigne un proche,

lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer son droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, l'adhérent doit s'adresser directement à la CNIL.

Le site de la CNIL le renseignera en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : www.cnil.fr.

Qui est en charge des données ?

- Au titre de l'assureur : Mutuelle d'Assurance des Armées, 27 rue de Madrid – 75008 Paris
- Au titre de l'association souscriptrice du contrat : Tégô, association régie par la loi du 1er août 1901 dont le siège social est situé 153 rue du Faubourg Saint Honoré - 75008 Paris

Comment exercer ses droits indiqués au paragraphe Données personnelles ?

Pour exercer ses droits, poser une question sur l'ensemble de leurs traitements, une réclamation ou contacter le responsable des données personnelles, l'adhérent peut solliciter :

- L'assureur apériteur du contrat par mail à contact@maa-assurance.fr, par courrier à l'adresse MAA, 27 rue de Madrid - 75008 Paris
- L'association Tégô, par mail protection.donneespersonnelles@tego.fr, par courrier à l'adresse Tégô Responsable des données personnelles - 153 rue du Faubourg Saint Honoré – 75008 PARIS,

Dans tous les cas, il doit joindre à sa demande un justificatif d'identité.

En cas de réclamation et si la réponse de l'association ou de l'assureur ne le satisfait pas, l'adhérent peut s'adresser à la CNIL.

5.2 Opposition au démarchage téléphonique

Si l'Adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

5.3 Souscription à distance du contrat

L'adhésion au Contrat peut s'effectuer à distance par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier). En cas d'adhésion à distance, l'ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances sont applicables. Les informations ci-dessous concernent l'adhérent, personne physique domiciliée fiscalement en France, qui adhère au Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent, commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion de l'adhésion y compris.

Les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent que lors de l'adhésion au Contrat et pour les adhésions se prorogeant tacitement chaque année.

5.4 Dispositions particulières

L'ensemble des documents qui sont échangés en cours d'exécution du contrat est exprimé en langue française.

L'adhésion au Contrat souscrit par Tégô auprès de QUATREM et de la Mutuelle d'Assurance des Armées est conclue dès lors que l'adhérent l'a signée (électroniquement ou manuellement).

Les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à la charge de l'adhérent. Ainsi, il supporte les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne peuvent faire l'objet d'aucun remboursement.

5.5 Faculté de renonciation

L'adhérent dispose d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui commencent à courir, soit à compter du jour de l'adhésion à distance du contrat,

soit à compter du jour de la réception de sa demande d'adhésion si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cependant, ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Les adhésions pour lesquelles s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord de l'adhérent.

Dans le cas où l'adhérent a demandé le commencement de l'exécution de son adhésion avant l'expiration du délai de renonciation, et qu'il use de son droit à renonciation, il devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert.

Pour faciliter l'exercice de son droit de renonciation, l'adhérent dispose ci-après d'un modèle de lettre. Cette lettre doit être adressée par courrier recommandé avec avis de réception à l'adresse :

Allianz-Tégo
TSA 64012
92087 La Défense Cedex

Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné(e) M

demeurant

renonce

à mon adhésion n° au contrat dénommé Prévoyance Enfants souscrit auprès de l'assureur et demande le remboursement de ma cotisation de euros.

(Date et signature).»

5.6 Réclamation

L'assuré ou l'adhérent peut adresser toute réclamation par courriel « contact@maa-assurance.fr » ou par simple lettre à l'adresse suivante :

MAA-Réclamations, 27 rue de Madrid, 75008 PARIS.

La Mutuelle d'Assurance des Armées adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'assuré ou l'adhérent a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur à l'adresse suivante :

**TSA 50110
75441 Paris cedex 09**

Cette démarche est sans préjudice des autres voies d'actions légales.

5.7 Prescription

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions ci-après, l'adhérent peut consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L. 114-2 : 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. 114-3 : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

5.8 Autorité de contrôle

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

GUIDE PRATIQUE

Ce guide pratique est communiqué à l'adhérent à titre d'information pour attirer son attention sur certains points importants du fonctionnement de son assurance. Il n'a aucune valeur contractuelle. Ce document opère des renvois à la Notice d'information et doit être lu au regard de celle-ci. En cas de désaccord entre les deux documents la notice prévaut en toutes circonstances.

RELATIONS AVEC TÉGO

Toutes les relations avec TégO peuvent se faire sur :
l'espace adhérent sécurisé du site internet www.tego.fr

L'espace adhérent est accessible au moyen d'un identifiant personnel et d'un code confidentiel.

Le site fournit tous les renseignements utiles pour les démarches courantes ; il met à disposition les formulaires nécessaires et permet d'effectuer directement et sans intermédiaire les déclarations de sinistre ; il offre un moyen de dialogue direct avec les services de gestion. Il permet à l'adhérent de suivre ses contrats ainsi que l'avancement de ses dossiers en cours.

L'adhérent peut également contacter TégO par courrier en écrivant à **Allianz-TégO TSA 64012 - 92087 La Défense Cedex**. Il est conseillé d'utiliser le recommandé avec accusé de réception qui permet de ménager la preuve de l'envoi et de la réception du courrier.

Adhésion à l'assurance (Articles 3 et 4 de la Notice)

L'adhésion à l'assurance se fait sur support dématérialisé (souscription électronique) ou sur papier.

Le choix initial de la formule de garantie est déterminant pour le montant des indemnisations.

L'acceptation des risques est faite par l'assureur qui, lors de l'instruction du dossier, peut demander tout complément d'information qu'il jugera utile. L'analyse des risques médicaux est réalisée par les médecins-conseil de l'assureur, dans le respect des règles de confidentialité médicale (le médecin est en relation directe et exclusive avec l'assuré). Elle peut donner lieu à une proposition à l'assuré, même si celui-ci n'y donne pas suite. Les réponses aux questions posées par l'assureur doivent être, claires, précises et sincères car toute fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat.

Modifications du contrat (Article 8 de la Notice)

Pour adapter son contrat à sa situation, le souscripteur peut demander à modifier son contrat auprès de son conseiller.

L'acceptation des risques est faite dans les mêmes conditions que pour l'adhésion.

Changements administratifs (Article 9 de la Notice)

L'adhérent est tenu d'informer l'assureur des changements concernant son contrat (changement d'adresse, modification de compte bancaire). Pour ce faire, il peut utiliser l'espace adhérent ou adresser un courrier à TégO.

Règlement des cotisations et défaut de paiement

(Article 6 de la Notice)

Les cotisations sont réglées par prélèvement automatique sur un compte bancaire. Si la cotisation n'est pas réglée, l'adhérent reçoit une mise en demeure par lettre recommandée à laquelle il doit impérativement répondre pour conserver ses droits ; sans réponse de sa part, ses garanties sont alors suspendues trente jours après la date d'envoi, puis son adhésion résiliée dix jours plus tard.

Durée-reconduction-résiliation du contrat (Article 5 de la Notice)

Le contrat est souscrit individuellement auprès de TégO par chaque adhérent pour une durée d'un an, renouvelable chaque année par tacite reconduction.

L'adhérent peut résilier son contrat à l'échéance annuelle avec un préavis d'un mois par lettre recommandée adressée de TégO. Le contrat étant strictement personnel, seule la signature de l'adhérent fait foi.

Déclaration de sinistres (Article 9.3 de la Notice)

L'adhérent est tenu de déclarer dans les plus brefs délais le sinistre (accident, maladie) et ses conséquences (invalidité, dommages aux biens, arrêt d'activité). Il doit transmettre à l'assureur toutes les pièces nécessaires (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, etc.).

Cette déclaration doit être adressée à la Mutuelle d'Assurance des Armées par lettre sous pli « SECRET MÉDICAL » adressée à son siège social au 27 rue de Madrid - 75008 Paris.

L'assureur peut demander à l'assuré de se soumettre à certains examens médicaux pour évaluer son état de santé. Ceux-ci sont pris en charge par l'assureur. L'assureur peut mandater l'expert médical de son choix.

Le dossier d'indemnisation est traité en fonction du sinistre, de ses conséquences et des garanties mises en jeu. Les délais de traitement dépendent essentiellement de ceux de l'expertise médicale et sont variables selon les spécialités concernées.

Réclamations (Titre IV art.5.6 de la Notice)

Les contestations portant sur le traitement médical des dossiers doivent être adressées par pli « confidentiel médical » au Médecin-conseil de la MAA 27 rue de Madrid, 75008 Paris.

Dans tous les autres domaines, les réclamations sont à adresser à MAA-Réclamations, 27 rue de Madrid, 75008 PARIS.

Contrat souscrit par Tégo,
association déclarée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
SIRET 850 564 402 00012 - 153, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 PARIS,
auprès de MAA



MAA
Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes
Entreprise régie par le Code des assurances
SIRET 784 338 451 00015 - APE 6512Z
Créée en 1931 - 27 rue de Madrid 75008 PARIS

QUATREM
Société du groupe Malakoff Humanis
Société anonyme au capital de 510.426.261
Entreprise régie par le Code des assurances
412 367 724 RCS Paris
21 rue Lafitte 75009 Paris