



GENERALI
Solutions d'assurances

PARTICULIERS

professionnels

entreprises

Exonération des versements programmés de l'adhésion **Anthologie**

CONDITIONS GÉNÉRALES



Sommaire

Glossaire	2
Préambule	3
Article 1 - Objet du contrat	3
Article 2 - Modalités de souscription	3
Article 3 - Effet du contrat	3
Article 4 - Garanties	3
4.1 Incapacité Temporaire Totale de travail	3
4.2 Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 %	4
4.3 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	4
Article 5 - Modification des versements programmés de l'adhésion Anthologie	5
Article 6 - Cessation du contrat	5
Article 7 - Cotisations	5
Article 8 - Prestations	6
Article 9 - Délai de prescription	6
Article 10 - Examen des réclamations - Médiation - Autorité de contrôle	7
Article 11 - Traitement et communication des informations	7

Glossaire

A

ACCIDENT

Toute lésion corporelle médicalement constatée, provoquée par l'action, la réaction ou la résistance d'un élément extérieur à l'Assuré et résultant d'un événement soudain, imprévu qui est extérieur à ce dernier ou, s'il ne l'est pas, qui est involontaire.

Ne constituent pas des accidents, les affections résultant de la contamination ou infection par des agents infectieux biologiques ou non et notamment bactéries, virus, parasites ou prions, ainsi que les infarctus, les hernies, les lombagos, les sciatiques et les chocs émotionnels.

ASSURÉ/CONTRACTANT

La personne physique sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement des prestations garanties.

C'est également la personne physique qui s'engage à payer les cotisations.

D

DÉLAI DE CARENCE

C'est la période qui suit la date d'effet du présent contrat et pendant laquelle la survenance d'une maladie ne donne lieu à aucune indemnisation et ce, de façon définitive.

DÉLAI DE FRANCHISE

Période au terme de laquelle débute l'indemnisation en cas de sinistre ouvrant droit à prestations.

M

MALADIE

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Les infarctus, les hernies, les lombagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des maladies.

P

PÉRIODIQUE

Par « périodique » on entend annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel.

Conditions Générales

Préambule

Ce contrat d'assurance sur la vie à adhésion facultative est régi par la Branche 20 « Vie- Décès » du Code des assurances et repose sur la bonne foi des déclarations de l'Assuré.

Le contrat Exonération des versements programmés de l'adhésion Anthologie est constitué par :

- Les présentes conditions générales ;
- Les conditions particulières qui définissent :
 - l'Assuré-contractant ;
 - les dates d'effet et de terme, ainsi que la date du premier prélèvement bancaire ;

- le numéro de l'adhésion Anthologie associée ;
- la périodicité des versements programmés de l'adhésion Anthologie ;
- les montants du versement programmé prévu à l'adhésion Anthologie et de la cotisation périodique relative au présent contrat.

Le contrat est souscrit par l'Assuré-contractant, ci-après dénommé l'Assuré, auprès de Generali Vie, ci-après dénommée l'assureur, et prend effet à la date prévue aux conditions particulières, après signature de celles-ci par les parties et du paiement de la première cotisation.

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir l'exonération des versements programmés à tout Adhérent à un contrat PERP Anthologie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, avant la liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse et au plus tard à ses 65 ans.

L'exonération, selon les conditions définies à l'article 4 – GARANTIES, consiste en la prise en charge par l'assureur du paiement des versements programmés en cours sur l'adhésion Anthologie associée, pour le compte de l'Assuré.

Article 2 - Modalités de souscription

Toute personne assurable doit donner son consentement par écrit soit :

- sur le bulletin d'adhésion Anthologie, si la demande de souscription du présent contrat est faite conjointement à une adhésion Anthologie comportant un plan de versements programmés ;

- sur le document intitulé « Mise en place ou modification des versements programmés d'Anthologie », lorsque la demande est faite en cours de gestion de l'adhésion Anthologie associée.

Que ce soit lors de l'adhésion Anthologie ou en cours de gestion de cette dernière, l'Assuré doit être, à la souscription du présent contrat, âgé de moins de soixante ans.

Article 3 - Effet du contrat

Les garanties du présent contrat ne seront acquises, en cas de maladie, qu'à l'issue d'un délai de carence (cf glossaire) de 18 mois après la date fixée aux conditions particulières et paiement de la première cotisation du présent contrat, dès lors qu'un plan de versements programmés a été mis en place sur l'adhésion Anthologie.

En cas d'accident, les garanties sont acquises dès la signature des conditions particulières par l'Assuré-Contractant et paiement de la première cotisation.

Article 4 - Garanties

4.1 Incapacité Temporaire Totale de travail

Définition :

Un Assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse à caractère pathologique, il se trouve dans l'impossibilité absolue, complète et continue pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles.

Conditions de prise en charge :

L'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré doit être constaté par l'assureur.

L'indemnisation de l'Assuré par son régime social qui constitue une condition de prise en charge ne saurait toutefois ouvrir à elle seule ce droit à prise en charge.

L'application des garanties relève des relations contractuelles et l'Assureur n'est pas lié par les décisions des tiers organismes.

Prestations servies :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré d'une durée supérieure à 90 jours continus, l'exonération du paiement des cotisations est accordée dans les conditions suivantes :

- Les cotisations restent dues pendant la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré et l'Assureur rembourse, à terme échu, au payeur des cotisations, les versements programmés et les cotisations relatives à la garantie exonération des versements programmés versés pendant la période comprise entre le 91^{ème} jour d'incapacité et la reprise d'activité même partielle de l'Assuré (hors versements libres).

Conditions Générales

Article 4 - Garanties (suite)

- Si l'Assuré, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours, est victime d'une rechute due à ce même accident ou cette même maladie, il n'y aura pas application d'un nouveau délai de franchise de 90 jours. En revanche, en cas d'un nouvel arrêt après une reprise de travail d'une durée supérieure à 60 jours, le délai de franchise sera appliqué à nouveau.

Cette garantie n'est pas accordée en cas d'Incapacité de travail de l'Assuré existant lors de la souscription du présent contrat, elle suppose une présence effective au travail à temps complet et continu, ou à temps partiel pour raisons autres que médicales.

4.2 Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 %

Définition :

Un Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, et après consolidation de son état, il est atteint d'une invalidité d'un degré supérieur ou égal à 66 %.

Conditions de prise en charge :

L'état d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % de l'Assuré doit être constaté par l'assureur.

Le taux d'invalidité contractuel est déterminé par le médecin expert de l'assureur ou par voie d'expertise médicale sur la base du tableau reproduit ci-après par croisement du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle.

- L'incapacité fonctionnelle physique ou mentale est évaluée de 0 à 100 %, en dehors de toute considération de ressources, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise) par le médecin expert de l'assureur.
- L'incapacité professionnelle est appréciée par le médecin expert de l'assureur par rapport à la profession exercée par l'Assuré en tenant compte de ses conditions d'exercice antérieures à la maladie ou à l'accident, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement et d'exercice d'une autre activité professionnelle lui procurant salaire, gain ou profit.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Prestations servies :

En cas d'Invalidité Permanente de l'Assuré d'un degré égal ou supérieur à 66 % avant ses 65 ans, l'assureur se substitue au payeur de cotisations et prend en charge le montant des versements programmés de l'adhésion Anthologie et des cotisations relatives à la garantie exonération associée tant que dure l'Invalidité Permanente de l'Assuré d'un degré supérieur ou égal à 66 %, jusqu'à la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse et au plus tard à ses 65 ans.

4.3 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Définition :

Un Assuré est considéré atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité présumée définitive de se livrer à une occupation quelconque lui procurant gain ou profit et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer, être continent).

Conditions de prise en charge :

L'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré doit être constaté par l'assureur.

Prestations servies :

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré avant l'âge de soixante-cinq ans, l'assureur accorde l'exonération des versements programmés de l'adhésion Anthologie et des cotisations relatives à la garantie exonération associée dans les mêmes conditions que celles énoncées au point 4.2 précédent.

Conditions Générales

Article 5 - Modification des versements programmés de l'adhésion Anthologie

En cas d'augmentation du montant des versements programmés de l'adhésion Anthologie associée, un nouveau délai de carence sera applicable à la partie relative à l'augmentation des versements.

Aucune augmentation du montant des versements programmés de l'adhésion Anthologie associée ne sera prise en compte pendant un arrêt de travail ou une invalidité de l'Assuré.

Article 6 - Cessation du contrat

Le contrat expire :

- à la date terme fixée aux conditions particulières du présent contrat ;
- lorsqu'il n'y a plus de plan de versements programmés en cours sur l'adhésion Anthologie associée ;
- en cas de cessation du paiement des cotisations (cf. article 7 – Cotisations – Non paiement des cotisations des présentes Conditions Générales) ;
- en cas de renonciation au contrat ANTHOLOGIE ;
- en cas de sortie définitive du contrat ANTHOLOGIE par rachat exceptionnel, transfert vers un autre Plan d'Épargne Retraite Populaire ou en cas de liquidation des droits au titre du PERP ANTHOLOGIE.
- au plus tard dès le 65ème anniversaire de l'Assuré.

> Exclusions

Les suites et conséquences des faits suivants sont exclues de toutes les garanties :

- le risque de guerre sauf législation spéciale à intervenir. On entend par guerre, les hostilités entre États, suite ou non à déclaration. Lorsque l'Assuré se trouve à l'étranger au moment de troubles (guerre civile, terrorisme, tumultes,...), n'est garanti que le sinistre survenant dans les quatorze (14) jours suivant le début des hostilités (ou la date à laquelle les autorités françaises demanderaient à ses ressortissants de quitter le pays) ;
- les conséquences de tout phénomène de radioactivité ;
- les rixes, émeutes, mouvements populaires, insurrections, complots, grèves, actes de terrorisme et de sabotage, crimes, délits, attentats ;
- les risques résultant d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité et pour lequel le pilote possède un certificat valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, le pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- les activités aériennes suivantes : acrobaties, vols d'essais, vols sur engins ou matériels non munis d'un certificat de navigabilité, parapente, ultra léger motorisé (ULM), deltaplane, parachutisme, aile volante, kitesurf ;
- les accidents impliquant un engin à moteur, dont l'Assuré était le conducteur alors qu'il n'avait pas le permis ni l'âge requis ;
- les exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent ;

- les conséquences d'une conduite en état d'ivresse si l'Assuré est reconnu responsable et est porteur d'un taux d'alcoolémie sanctionnable au titre du Code de la route, ou conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou produits toxiques et médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites ;
- l'usage de drogues, stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites.
- La pratique d'un sport à titre professionnel ;
- la pratique régulière ou non régulière et non encadrée des sports à risques suivants : alpinisme sans guide breveté, ski hors piste sans moniteur diplômé, ski acrobatique, bobsleigh, toutes formes de boxes, catch, spéléologie, rafting, canyoning, plongée avec équipement autonome ;
- la pratique de sports aquatiques ou terrestres avec participation à des matchs, épreuves ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent ;
- les affections psychiques (y compris les dépressions nerveuses). Toutefois, sont prises en charge les affections psychiques et leurs conséquences si celles-ci ont nécessité une hospitalisation continue de plus de six (6) jours en unité de soins psychiatrique dans les six (6) mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.
- les affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie). Toutefois sont prises en charge les affections discovertébrales et/ou para-vertébrales si celles-ci ont nécessité une hospitalisation continue de plus de six (6) jours dans les six (6) mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.
- les fibromyalgies, maladie d'Ehlers-Danlos, syndrome polyalgique idiopathique diffus et syndrome de fatigue chronique, toutes maladies non objectivables ;
- Les conséquences d'un acte intentionnel de l'Assuré (notamment : tentative de suicide, mutilation volontaire) et de toute chirurgie esthétique non réparatrice et traitement de rajeunissement ;
- Les arrêts de travail nécessaires au suivi de cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maison de repos ;
- Les arrêts de travail en cas de grossesse pendant la période de congé maternité du régime social dont relève l'Assuré (y compris en cas de grossesse pathologique).

Article 7 - Cotisations - Non paiement des cotisations

Les cotisations du présent contrat dont le montant périodique figure aux conditions particulières sont égales à 3 % (taxes en vigueur incluses) du montant des versements programmés de l'adhésion Anthologie.

Elles sont prélevées aux mêmes échéances que les versements programmés de l'adhésion Anthologie, selon un échéancier annexé au certificat d'adhésion de celle-ci ou à tout avenant de modification des garanties en cours de gestion.

Elles font l'objet d'un prélèvement commun.

Elles sont dues pendant toute la durée du présent contrat, en cas de modification du plan de versements programmés de l'adhésion Anthologie, un nouvel échéancier est adressé à l'Assuré-Contractant.

Elles cessent d'être dues dans les conditions énoncées au point « Cessation du contrat » des présentes conditions générales.

Conditions Générales

Article 7 - Cotisation - non paiement des cotisations (suite)

• Non paiement des cotisations

Si, dix jours après une échéance, les cotisations ne sont pas payées, l'Assureur adresse au payeur des cotisations une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de leur montant.

À défaut de paiement, les garanties prennent fin pour l'Assuré-Contractant quarante jours après la date d'envoi de cette lettre recommandée, indépendamment du droit pour l'assureur d'appliquer les dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances.

Article 8 - Prestations

Lorsqu'une maladie ou un accident est susceptible d'entraîner l'application des garanties, l'Assuré doit, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les trente jours, sauf cas fortuit ou de force majeure, en informer l'assureur.

Passé ce délai, le sinistre est réputé survenu le jour de la déclaration à l'assureur.

L'Assuré fournit, à ses frais, les pièces nécessaires pour le règlement des prestations.

L'assureur peut à ses frais, faire procéder à tout moment à des contrôles ou demander à l'Assuré de se faire examiner par un médecin agréé par lui.

Tout refus opposé à ces contrôles entraîne la non prise en charge du sinistre en cause.

Toute contestation d'ordre médical s'élevant à l'occasion d'un sinistre est soumise à une expertise amiable avant toute action judiciaire.

L'expert amiable est choisi conjointement par les parties ou les médecins conseils.

Faute par les deux parties de s'entendre sur le choix de l'expert, la désignation est effectuée par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, les honoraires du tiers expert et les frais de sa nomination sont supportés par moitié par chacune des parties.

Le paiement des prestations garanties est effectué après application éventuelle du délai de franchise spécifié pour chaque garantie par l'assureur dans les quinze jours suivant la remise des pièces justificatives suivantes :

- un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant mentionnant notamment :
 - La date des premiers symptômes de la maladie ou de l'accident, sa nature, son cours et ses suites ;
 - La durée probable de l'arrêt de travail ;
- un certificat médical détaillé établissant la nature et le degré de l'invalidité fonctionnelle ;
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires, ou tout autre document pouvant être demandé par l'assureur ;
- en cas d'accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse et le cas échéant P.V. de gendarmerie).

L'assureur se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires supplémentaires dont les évolutions du droit créeraient la nécessité.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action survenant à l'occasion d'un sinistre.

Article 9 - Délai de prescription

Pour l'application du présent article, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : La reconnaissance par

le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; 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 ;

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

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.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Conditions Générales

Article 9 - Délai de prescription (suite)

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers ;

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

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

Article 10 - Examen des réclamations - Médiation - Autorité de contrôle

> Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, **adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel** qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali
Service Réclamations
7 boulevard Haussmann
75456 Paris cedex 09
servicereclamations@generali.fr

Nous accuserons réception de votre demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

> Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez, si vous avez souscrit votre contrat en qualité de particulier, saisir le Médiateur indépendant auprès de Generali, en écrivant à M. le Médiateur auprès de Generali - 7 boulevard Haussmann - 75456 Paris Cedex 09.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

> Autorité de contrôle

Autorité légale chargée du contrôle de l'assureur
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

Article 11 - Traitement et communication des informations

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali Vie sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par Generali Vie pour des besoins de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement, de prospection (sous réserve du respect de votre droit d'opposition ou de l'obtention de votre accord à la prospection conformément aux exigences légales) d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Toutes vos opérations et données personnelles sont soumises à la Loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, conformément à la loi informatique et Libertés dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur

sont confiées, étant précisé que les informations personnelles couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Generali Vie peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, et vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de Generali Vie, Direction de la Conformité - 7 boulevard Haussmann 75440 Paris Cedex 09.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 8 rue Vivienne - 75002 Paris.

Génération responsable



Generali Vie

Société anonyme au capital de 299 197 104 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
602 062 481 RCS Paris

Siège social

11 boulevard Haussmann
75009 Paris

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026