

BLESSURES

Notice d'information du contrat d'assurance n°Nlx-0025-0001 - Version du 06/05/2013

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative n° 213DA002 souscrit par Direxi SASU, société de courtage d'assurances au capital de 1 800 870 €, dont le siège social se situe au 1, rue du Molinel – 59290 WASQUEHAL, RCS LILLE METROPOLE 351 746 094 - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances - Enregistrée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (www.orias.fr) sous le numéro 07 005 708.

Auprès de :

- Pour « Assurance Blessures » : SPHERIA VIE, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 18 420 000 euros – Entreprise régie par le Code des Assurances – 414 494 708 RCS ORLEANS dont le siège social est 10, rue Émile Zola – 45000 ORLEANS.

- Pour « Assistance Blessures » : Ressources Mutuelles Assistance, Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin BP 62127 - 44121 VERTOU CEDEX. Direxi, SPHERIA VIE et Ressources Mutuelles Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), 61 Rue Tailbout, 75436 Paris cedex 09.

1 - LEXIQUE

1.1 ASSURANCE BLESSURES

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme Accident, au sens du présent contrat, les infarctus, les Accidents cardiovasculaires et cérébraux.

Adhèrent : Personne physique majeure qui a adhéré au contrat. L'Adhèrent est la personne titulaire du contrat et qui paie les cotisations.

Assuré(s) : Personne(s) physique(s) sur laquelle (lesquelles) repose(nt) le risque. Il s'agit de :

- L'Adhèrent seul, ou
- L'Adhèrent et son Conjoint ou concubin, ou
- L'Adhèrent et son (ses) Enfant(s), ou
- L'Adhèrent, son Conjoint ou concubin, son (ses) Enfant(s)

Assuré principal : Personne physique majeure sur la tête de laquelle repose le risque et qui est l'Adhèrent au contrat

Blessures :

- Brûlure
- Fracture
- Luxation

Brûlure :

- du 2ème degré : destruction de l'épiderme provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels et donnant lieu à l'apparition de phlyctènes
- du 3ème degré : destruction totale de l'épiderme et du derme provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels.
- Règle des 9 de WALLAS : Méthode utilisée pour déterminer la surface de Brûlure : l'étendue de la Brûlure est appréciée en fonction de la surface corporelle totale
 - Tête ou cou : 9%
 - Face antérieure et/ou postérieure du tronc : 2 x 9%
 - Membres supérieurs : 2 x 9%
 - Membres inférieurs : 2 x 18%
 - Organes génitaux externes : 1%

Conjoint : il s'agit du conjoint de l'Assuré principal non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel par l'Assuré à l'Assureur, ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

Enfant : il s'agit de ou des enfant(s) fiscalement à la charge de l'Assuré principal au jour du sinistre :

- âgé(s) de moins de 18 ans,
- âgé(s) d'au moins 18 ans et de moins de 25 ans, s'il(s) justifie(nt) de la poursuite de leurs études ou s'ils sont en apprentissage et justifient d'une rémunération inférieure au salaire servant de base au calcul des prestations familiales.

Fracture :

- complète : lésion osseuse totale et continue,
- ouverte : lésion osseuse dont le foyer communique avec l'extérieur,
- multi-fragmentaire : lésion osseuse ayant plusieurs sièges sur un même os, à l'exclusion des tassements vertébraux.

Luxation : déboîtement ou déplacement d'un os ou d'une articulation nécessitant un acte chirurgical sous anesthésie.

1.2 ASSISTANCE BLESSURES

Bénéficiaire(s) : Bénéficiaire(n) des garanties d'assistance, sous réserve de résider en France Métropolitaine ou DROM : l'Assuré lui-même, son Conjoint ou concubin notoire, ou son partenaire pacsé, ses Enfants fiscalement à charge au jour de l'événement.

2 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est souscrit auprès de SPHERIA VIE, ci-après dénommé « l'Assureur » et Ressources Mutuelles Assistance, ci-après dénommé « l'Assisteur » par Direxi, ci-après dénommé « le Souscripteur ».

Il a pour objet de garantir le versement d'un capital forfaitaire en cas de Blessures consécutives à un Accident garanti (tel que défini dans le lexique) et de proposer des prestations d'assistance.

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances et par la loi française, à laquelle les parties doivent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'interprétation ou de l'impréparation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Conformément aux dispositions de l'article L 113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration de nature à modifier l'opinion du risque annule les garanties, les cotisations perçues restant intégralement acquises à l'Assureur au titre de dommages et intérêts. En cas de réticence ou fausse déclaration non intentionnelle, il sera fait application des dispositions de l'article L 113.9 du Code des Assurances.

3 - CONDITIONS D'ADHESION

Est admissible à l'assurance au jour de la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion, toute personne physique qui demande auprès de Direxi l'adhésion au contrat :

- âgée d'au moins 18 ans et moins de 80 ans,
- résidant fiscalement en France Métropolitaine ou DROM.

Les conditions d'adhésion du Conjoint de l'Adhèrent à l'assurance sont les mêmes que celles de l'Adhèrent indiquées au-dessus.

Au moment de l'Adhésion, l'Adhèrent au contrat d'assurance choisit :

- L'option de capital
- Les personnes Assurées, selon les formules suivantes :
 - L'Adhèrent seul (Formule Isolé), ou
 - L'Adhèrent et son Conjoint ou concubin (Formule Couple), ou
 - L'Adhèrent et son (ses) Enfant(s) (Formule Monoparental), ou
 - L'Adhèrent, son Conjoint ou concubin, son (ses) Enfant(s) (Formule Famille)

Ces choix seront définis dans le certificat d'adhésion. Une seule option de capital sera appliquée pour tous les Assurés concernant le même certificat d'adhésion.

4 - EFFET/DUREE DES GARANTIES

4.1-DISPOSITIONS GENERALES

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 5- « VENTE A DISTANCE ET DEMARCHAGE / FACULTE DE RENONCIATION ». En cas de souscription en ligne et de la procédure double clic, le deuxième clic emporte l'adhésion de l'Assuré principal aux clauses et conditions contenues dans le présent document. A la demande expresse de l'Assuré principal l'adhésion pourra prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation.

4.2-DUREE DE L'ADHESION

Sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, les Assurés sont couverts pour une période d'un an à compter de l'adhésion. Celle-ci se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1er jour du mois qui précède sa date anniversaire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 « CESSATION DE L'ADHESION ».

5 - VENTE A DISTANCE ET DEMARCHAGE / FACULTE DE RENONCIATION

En cas de vente à distance ou de démarchage, les enregistrements des appels téléphoniques, les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur tout support vaudront signature par l'Assuré principal, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuve de son consentement à l'adhésion du présent contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

Si le contrat est vendu par démarchage : En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1er du Code des assurances, « l'-. Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'Assuré principal ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

Si le contrat est vendu à distance : Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, le même délai s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque l'adhésion est conclue exclusivement au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance. Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'Adhèrent reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.121-2011 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

Dans tous les cas et par dérogation aux articles L.112-9 et L.112-2-1 du Code des Assurances : l'Assuré principal dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet de l'adhésion indiquée dans le certificat d'adhésion.

Cette faculté de renonciation doit être réalisée par lettre recommandée à l'attention de Direxi Service Clients, 1 rue du Molinel, 59290 Wasquehal, ou par e-mail à l'adresse suivante : serviceclients@direxi.com sur le modèle suivant : « Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion n° au contrat « BLESSURES » et entend recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Date : Signature : »

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français.

6 - FACULTE DE MODIFICATION DE LA PRESTATION ET DES GARANTIES

Pendant toute la durée de l'adhésion au contrat, Direxi pourra proposer à l'Adhèrent une ou plusieurs des possibilités suivantes :

- Augmenter le montant du capital
- Changer la formule (Isolé, Couple, Monoparental, Famille)

En cas de modification des personnes Assurées, l'Assuré principal est tenu d'informer Direxi par lettre recommandée avec avis de réception.

En contrepartie de toute modification, la cotisation sera modifiée et figurera dans le nouveau certificat d'adhésion, avec les nouvelles conditions de garantie ainsi que leur date d'effet.

7 - CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin à l'égard de tous les Assurés indiqués sur le certificat d'adhésion :

- au 85ème anniversaire de l'Assuré principal,
- au jour du décès de l'Assuré principal
- en cas de non-paiement des cotisations (après application des dispositions prévues à l'article L.113.3 du Code des Assurances)

- en cas de dénonciation par l'Assuré principal dans les 30 jours suivant la réception du courrier d'information de la modification du contrat d'assurance
- à l'échéance annuelle de l'adhésion en cas de non renouvellement du contrat entre Direxi, SPHERIA VIE et Ressources Mutuelles Assistance
- à l'échéance mensuelle suivant la réception par Direxi de la demande de résiliation par l'Assuré principal.

L'Adhérent ou l'Assureur peut également résilier l'adhésion en cas de modification ou cessation du risque conformément aux dispositions prévues à l'article L.113-16 du Code des Assurances.

En outre, les garanties prennent fin selon la formule souscrite :

- à l'égard du Conjoint de l'Assuré Principal, le 1er jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit son 85ème anniversaire,
- à l'égard du (des) Enfants de l'Assuré Principal, le 1er jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit le 18ème anniversaire de l'Enfant à charge de l'Assuré principal, ou son 26ème anniversaire s'il justifie de la poursuite de ses études ou s'il est en apprentissage et justifie d'une rémunération inférieure au salaire servant de base au calcul des prestations familiales.

L'âge limite de garantie correspond à l'âge réel de (des) Assuré(s).

8 - LES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

L'Assureur fonde ses engagements sur les déclarations de l'Assuré et/ou de l'Adhérent. Ce dernier s'engage également à informer l'Assureur de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque intervenant antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties.

Tout inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'Assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'Assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances, les cotisations versées restant acquises à l'Assureur.

De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'Assuré ou de ses ayants droit entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

9 - COTISATIONS

9.1 MONTANT DE LA COTISATION

Le coût de l'adhésion au présent contrat est exprimé en euros et comprend les frais et taxes. Direxi pourra offrir à l'Assuré principal le bénéficiaire du fractionnement mensuel de la cotisation. Le montant de cette cotisation figure sur le certificat d'adhésion. En cas de fractionnement de la cotisation, Direxi se réserve le droit de demander à l'Assuré principal en situation d'impayés le paiement de l'intégralité de la cotisation restant due, à partir du premier impayé jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.

Les cotisations sont payables:

- soit par prélèvement sur un compte bancaire dont l'Assuré principal est titulaire,
- soit par prélèvement sur la carte bancaire de l'Assuré principal,
- soit par chèque bancaire ou postal sur un compte dont l'Assuré principal est titulaire à l'ordre de Direxi,
- soit par tout autre moyen de paiement accepté par Direxi

9.2 REVISION

La cotisation et les garanties sont révisables annuellement. **Cette révision s'impose à tous les Assurés. L'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion en cas de désaccord dans les 30 (TRENTE) jours suivant la réception du courrier les informant de la modification.**

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, le non-paiement de la cotisation dans les 10 (DIX) jours de son échéance entraîne la suspension de l'adhésion 30 (TRENTE) jours après mise en demeure par lettre ou e-mail envoyé par le Souscripteur. L'adhésion pourra ensuite être résiliée, sauf paiement par l'Adhérent de l'ensemble des sommes dues au titre du présent contrat. Dans ce cas, l'adhésion non résiliée reprendra ses effets à midi, le lendemain du jour où a été payé l'ensemble des sommes dues ainsi que les sommes venues à échéance pendant la période de suspension de l'adhésion.

10 - GARANTIES BLESSURES

Les garanties ici proposées couvrent le(s) Assuré(s) en cas de Blessures consécutives à un Accident garanti, dans les conditions et limites du contrat. A ce titre, le contrat prévoit le versement d'un capital forfaitaire en cas de Fracture, Luxation et Brûlure, et selon le barème figurant dans le tableau de garanties, en fonction de l'option souscrite, dans les limites et conditions précisées ci-après :

Tableau de garanties

| | option 1 | option 2 | option 3 | option 4 | option 5 | option 5 | option 6 |
|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Plafond annuel des capitaux cumulés (total prestations versées pour fracture, brûlure et luxation) sur la tête d'un même Assuré et pour l'ensemble des garanties ci-dessous : | 3 000 € | 4 000 € | 5 000 € | 7 500 € | 10 000 € | 12 500 € | 15 000 € |
| En cas de Fractures : | | | | | | | |
| • col du fémur, bassin, colonne vertébrale (plus d'une vertèbre) | fracture complète et ouverte et multi-fragmentaire | 3 000 € | 4 000 € | 5 000 € | 7 500 € | 10 000 € | 15 000 € |
| | tout autre type de fracture | 1 500 € | 2 000 € | 2 500 € | 3 750 € | 5 000 € | 7 500 € |
| • crane, genou, calcanéum, cheville, vertèbre | tout type de fracture | 900 € | 1 200 € | 1 500 € | 2 250 € | 3 000 € | 4 500 € |
| • mâchoire inférieure, coude, épaule, jambe (tibia, péroné) | tout type de fracture | 750 € | 1 000 € | 1 250 € | 1 875 € | 2 500 € | 3 750 € |
| • omoplate, sternum, poignet, main (carpe), pied (tarse), fémur | tout type de fracture | 375 € | 500 € | 625 € | 938 € | 1 250 € | 1 875 € |
| • mâchoire supérieure, coccyx | tout type de fracture | 300 € | 400 € | 500 € | 750 € | 1 000 € | 1 500 € |
| • côte, clavicule, avant bras, bras | tout type de fracture | 225 € | 300 € | 375 € | 563 € | 750 € | 1 125 € |
| • oreilles, doigts, nez | tout type de fracture | 150 € | 200 € | 250 € | 375 € | 500 € | 750 € |

| | option 1 | option 2 | option 3 | option 4 | option 5 | option 5 | option 6 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| En cas de Brûlure de 2ème ou 3ème degré (surface de Brûlure estimée par la règle de neuf) : | | | | | | | |
| • sur 27% ou plus de la surface du corps | 1 800 € | 2 400 € | 3 000 € | 4 500 € | 6 000 € | 7 500 € | 9 000 € |
| • sur 18% ou plus de la surface du corps | 1 200 € | 1 600 € | 2 000 € | 3 000 € | 4 000 € | 5 000 € | 6 000 € |
| • sur 9% ou plus de la surface du corps | 600 € | 800 € | 1 000 € | 1 500 € | 2 000 € | 2 500 € | 3 000 € |
| • sur 4% ou plus de la surface du corps | 300 € | 400 € | 500 € | 750 € | 1 000 € | 1 250 € | 1 500 € |
| En cas de Luxation (déboîtement ou déplacement d'un os ou d'une articulation nécessitant un acte chirurgical sous anesthésie) | | | | | | | |
| • Rachis (à l'exception des hernies discales) | 2 250 € | 3 000 € | 3 750 € | 5 625 € | 7 500 € | 9 375 € | 11 250 € |
| • Hanche | 1 500 € | 2 000 € | 2 500 € | 3 750 € | 5 000 € | 6 250 € | 7 500 € |
| • Genou | 900 € | 1 200 € | 1 500 € | 2 250 € | 3 000 € | 3 750 € | 4 500 € |
| • Cheville, épaule ou clavicule | 600 € | 800 € | 1 000 € | 1 500 € | 2 000 € | 2 500 € | 3 000 € |
| • Poignet ou coude | 300 € | 400 € | 500 € | 750 € | 1 000 € | 1 250 € | 1 500 € |
| • Articulation temporo-mandibulaire (mâchoire), doigts, oreilles | 150 € | 200 € | 250 € | 375 € | 500 € | 625 € | 750 € |

PLAFOND DE PRESTATIONS :

En cas de Blessures multiples lors d'un même Accident garanti, le montant de la prestation sera limité au capital forfaitaire le plus élevé.

Les garanties sont limitées à un seul versement pendant toute la durée du contrat pour la même Blessure (Fracture ou Brûlure ou Luxation)

Les capitaux du tableau de garanties prévu ci-dessus, sont réduits de 50% :

- à partir du 80ème anniversaire de l'Assuré principal ou de son Conjoint.
- pour les Enfants Assurés dans le cadre des formules « Famille » et « Monoparental »

Le montant maximal de l'engagement annuel de l'Assureur par adhésion et pour un même Assuré est limité au montant du capital forfaitaire le plus élevé de l'option souscrite.

ADHESIONS MULTIPLES :

Au jour du sinistre, le total des capitaux cumulés versés à un Assuré, garanti simultanément par plusieurs adhésions au contrat « Blessures », ne pourra excéder 15 000€.

11 - PRESTATIONS D'ASSISTANCE

L'Assisteur propose au(x) Bénéficiaire(s) :

- Un service d'information par téléphone accessible dès l'adhésion au présent contrat
- Des prestations d'assistance en cas de Blessures suite à un Accident.
- Les prestations ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire n'est remboursée par l'Assisteur.

De plus, l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidé par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles : L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales et les grèves.

11.1 INFORMATION PAR TELEPHONE

Allô info est un service d'informations générales accessible dès l'adhésion au contrat et destiné à répondre à toute question d'ordre réglementaire et du domaine de la vie pratique ainsi qu'à toute question relative à la santé et à la prévention :

• Renseignements réglementaires :

- Habitation / logement : acquisition, vente, expropriation, construction, achat en viager, les professionnels et l'immobilier, loyer, bail, copropriété, urbanisme, organismes à consulter...
- Justice / défense / recours : à qui vous adresser, juridictions administratives, aide judiciaire, comment porter plainte, amendes pénales, juridictions pénales, juridictions civiles, frais de justice, etc...
- Vie professionnelle: contrat de travail, licenciement, réglementation du travail, chômage, travail à l'étranger, travail temporaire, etc...
- Sociétés / commerçants / artisans / affaires : professions libérales, commerciales, artisanales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, comment créer une association, congés de formation des salariés, etc...
- Assurances sociales / allocations / retraites : salaires, prestations familiales, accident du travail, pension de réversion des salariés ou non-salariés, aide sociale, commerce, artisanat, etc...
- Impôts / fiscalité : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC-BNC-BA, plus-values, impôts locaux, réclamations, etc...
- Famille : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, union libre, divorce, sa succession, décès, handicapés, etc...

• Renseignements vie privée :

- Consommation : argent et chèques, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, automobile, etc...
- Vacances/loisirs : enfants et adolescents, centres et mouvements de jeunes, voyages organisés, camping, activités culturelles, de plein air, loisirs du 3ème âge, vacances à l'étranger, etc...
- Formalités/cartes/permis : état civil, passeport, casier judiciaire, cartes et permis divers, etc...
- Enseignement/formation : écoles, collèges et lycées spéciaux, après le bac, bourses, aides financières, télé-enseignement, etc...

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

• Bien-être et prévention :

BIEN ETRE est un service d'informations générales, animé par les médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur, destiné à répondre à toute question de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants :

- La grossesse, la puériculture, les maladies infantiles,
- La santé à tout âge, l'hygiène de vie, le sport, les pathologies liées au vieillissement,
- Les vaccinations, les réactions aux médicaments,
- La santé après un accident, une perte d'autonomie, un handicap, une longue maladie,
- Les addictions, les comportements excessifs nécessitant une prise en charge et un accompagnement : alimentaires, jeu excessif sur Internet, achats compulsifs, ...
- La diététique, les régimes, se nourrir correctement à tous les âges de la vie,
- La santé en voyage : Vaccins, précautions médicales, recherche à l'étranger d'un médecin parlant français ou anglais pour consultation sur place en cas de difficultés,
- La santé et le travail : informations sur les maladies professionnelles, les TMS, les troubles de l'anxiété liés à la vie professionnelle et les pathologies engendrées, les bilans de santé, ...
- Informations générales sur les pathologies, sur les protocoles de dépistage des maladies graves et redoutées : cancer, infarctus, AVC, sclérose en plaque, risques coronariens, insuffisance rénale, maladies de Parkinson et d'Alzheimer ou apparentées,
- Informations sur les médicaments (traitements, médicaments génériques, effets secondaires des médicaments...),
- Informations médicales liées au vieillissement,
- Problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids,
- Associations de malades (diabète, paralysés...).

Les médecins peuvent répondre à toute question concernant la santé du Bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical) et de manière objective, selon les éléments fournis par l'intéressé. Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant. L'Assisteur ne pourra être tenu pour responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils vous seront livrés de façon objective selon les éléments que vous aurez donnés.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15 depuis un poste fixe et le 112 depuis un téléphone portable).

Toutefois, en cas de besoin, l'équipe médicale de l'Assisteur est présente, 24 h/24, pour renseigner et orienter.

• Allô jeune prévention :

Si le Bénéficiaire le souhaite, il est également possible d'appeler à tout moment pour entrer en dialogue avec un médecin, afin d'avoir des informations sur des thèmes tels que :

- IST telles que papillomavirus, MST, dépistage précoce, IVG,
- Contraception, grossesses précoces, infections fœtales,
- Hygiène de vie et hygiène alimentaire, consommation de tabac, d'alcool.

• Recherche de services à titre préventif :

Le Bénéficiaire peut faire appel à tout moment aux experts en prévention médico-psycho-sociale de l'Assisteur qui pourront l'aider à trouver des intervenants de qualité pour :

- réaliser un diagnostic d'aménagement du logement en prévention de la perte d'autonomie,
- faire un bilan prévention des chutes au domicile,
- proposer un coaching de retour vers l'activité physique et sportive en prévention de l'état de santé ; ces intervenants étant dûment qualifiés pour accompagner la personne, y compris dans le cadre d'un état de santé nécessitant une surveillance.

• Service de soutien psychologique par téléphone :

- Ecoute et soutien psychologique : A tout moment, dès la souscription au contrat ou dans le cadre d'une situation liée à l'état de santé, un service d'écoute assuré par un psychologue clinicien est mis à disposition du Bénéficiaire. Ces entretiens téléphoniques de soutien sur rendez-vous sont limités dans les temps (5 à 10 entretiens au maximum par an) et soumis à la confidentialité. Leur coût est pris en charge par l'Assisteur.
- Conseil quant au choix d'un praticien : ils peuvent donner lieu à un conseil permettant une réorientation vers le réseau des praticiens en ville, si un suivi thérapeutique doit être envisagé à l'issue du soutien psychologique par téléphone.

Remarque : ce service est accessible à tout moment à compter de la date de souscription, à condition que l'appelant soit majeur.

11.2 EN CAS DE BLESSURES

11.2.1 SANS HOSPITALISATION

• Services d'aide à La Personne :

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer à la suite d'un Accident, l'Assisteur :

- Portage de médicaments : lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de l'Assisteur),
- Recherche de services : lui indique, dans la mesure du possible, les coordonnées d'organismes qui fournissent à domicile des soins médicaux, des services repas, des soins esthétiques... ; se charge de rechercher, de façon ponctuelle une personne pour effectuer une démarche administrative, faire des courses ou accompagner le Bénéficiaire, lors d'une visite médicale (organisation sans prise en charge).

11.2.2 AVEC HOSPITALISATION

L'Assisteur propose au(x) Bénéficiaire(s) la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par événement.

• Garde ou transfert des Enfants :

L'Assisteur organise et prend en charge la prestation d'une garde d'Enfants (de moins de 16 ans) à domicile dans la limite de 5 jours maximum (dans la limite de 8h maximum par jour). Pendant cette période, l'Assisteur se charge, si besoin est, d'assurer le transport aller/retour des Enfants à l'école ou, si le Bénéficiaire le

souhaite, peut organiser et prendre en charge :

- soit le voyage des Enfants ou petits-Enfants de moins de 16 ans jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France Métropolitaine,
- soit le transport aller/retour de ce proche, jusqu'au domicile, pour garder les Enfants.

Dès l'appel, l'Assisteur met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande.

Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de prestataires agréés pour la garde d'Enfants.

• Garde ou transfert des personnes dépendantes :

Pour les personnes dépendantes à charge du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge soit :

- la garde à domicile de ces personnes, pendant 5 jours maximum (dans la limite de 8 h maximum par jour),
- le coût du transport de ces personnes chez des proches, résidant en France Métropolitaine et MONACO,
- la venue d'un proche résidant en France Métropolitaine afin d'en assurer la garde.

• Garde des animaux familiers :

Si le Bénéficiaire possède des animaux familiers (chiens, chats), l'Assisteur peut organiser le gardiennage à domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours. Dès l'appel, l'Assisteur met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande. Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de gardiennage.

• Organisation de l'hébergement d'un proche :

Si le Bénéficiaire est hospitalisé et qu'il souhaite la présence d'un proche parent, l'Assisteur réserve, à la demande de ce dernier, une chambre dans un hôtel proche du lieu d'hospitalisation. Les frais d'hôtel restent à la charge du proche parent.

• Aide à domicile (pendant ou après une hospitalisation) :

Après une hospitalisation de plus de 24 heures du Bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, dans les 10 jours qui suivent son retour à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 6 heures réparties sur 15 jours. Elle est portée à 5 fois 2 heures si le Bénéficiaire a un Enfant à charge de moins de 10 ans, vit seul ou a un Conjoint handicapé.

11.3 LORS D'UN DEPLACEMENT EN FRANCE METROPOLITAINE ET DOM

• Conseil médical (en cas de Blessure) :

Le conseil médical est la consultation ou l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

• Transfert médical :

En application du conseil médical ci-dessus, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales. Celles-ci peuvent être la poursuite du traitement ou le transfert vers un centre hospitalier mieux adapté, le retour au domicile élargi ultérieurement. Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (accompagnateur pouvant être médical ou autre). Suivant le cas, ils peuvent s'effectuer en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ; en avion de ligne régulière ou avion sanitaire ; en train ; en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié envoyé par l'Assisteur, etc..

L'Assisteur se charge de l'organisation, du transfert, de l'accueil à l'arrivée, de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel.

Aucun transport ne sera pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. L'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence. Dans tous les cas prévus aux articles 11.2, 11.3 et 11.4, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne automatiquement la nullité de la prestation.

• Déplacement et hébergement d'un proche en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours :

Si l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre à son chevet. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 61 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

11.4 FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER

L'Assisteur rembourse la partie des frais médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance, déduction faite d'une franchise de 32 € TTC par dossier. Ce remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-dessous à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'un Accident survenu sur ce territoire. Le montant maximum de remboursement complémentaire de frais médicaux est de 4 600 € TTC par Bénéficiaire, dès l'instant où ils sont engagés à l'étranger sur ordonnance médicale :

- honoraires médicaux,
- frais d'hospitalisation,
- médicaments prescrits,
- frais chirurgicaux,
- soins dentaires à concurrence de 160 € TTC.

Pour donner lieu à remboursement, toute hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'Assisteur dans les 48 heures.

A) Une avance peut être faite dans la limite de ces 4 600 € TTC, pour le paiement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation. Le Bénéficiaire ou ses ayants droit s'engage alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes

auxquels il est affilié et à reverser immédiatement à l'Assisteur toute somme perçue par lui à ce titre.

B) Le remboursement des sommes engagées s'effectue sur présentation des justificatifs soumises préalablement à la Sécurité sociale, à toute caisse d'assurance-maladie et à tout organisme de prévoyance, déduction faite des prestations réglées directement par ces caisses et des avances consenties par l'Assisteur et non encore remboursées.

Dans tous les cas, il sera retenu une franchise de 32 € TTC par dossier, si aucun remboursement n'a été octroyé par une caisse de prévoyance ou d'assurance-maladie. Nota : La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où le Bénéficiaire est rentré en France Métropolitaine.

Les justificatifs à caractère médical qui pourraient être demandés devront être transmis à l'attention du Médecin Conseil de l'Assisteur, par fax, sur la ligne dédiée dont le numéro est le suivant : 02.40.44.43.00.

C) Exclusions au remboursement des frais médicaux à l'étranger :

Ne donnent pas lieu au remboursement :

- les frais de soins dentaires supérieurs à 160€ TTC,
- les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais engagés en France Métropolitaine qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais engagés à l'étranger dans un but de diagnostic ou de traitement,
- les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer.

Nullité de la prestation : Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil, les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas librement et sous entière responsabilité les actions qu'il juge ou que son médecin traitant juge les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation. En aucun cas l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

12 - TERRITORIALITE DES GARANTIES

12.1 ASSURANCE BLESSURES

L'assurance est valable dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogations, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées dans la présente notice d'information.

Toutefois lorsque l'Accident survient hors de France Métropolitaine ou DROM, le versement des prestations s'effectue en France Métropolitaine ou DROM.

12.2 ASSISTANCE BLESSURES

La prestation d'assistance est valable :

- au domicile du Bénéficiaire situé en France Métropolitaine, et Monaco, ou dans les DROM,
- pour tout déplacement en France Métropolitaine et Monaco (au-delà de 50 Km du domicile, pour la prestation « Transfert médical »),
- dans le monde entier pour la prestation « Frais médicaux »
- pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours. Les frais de déplacements et de rapatriement s'entendent à l'intérieur du même département.

13 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de toutes les garanties du contrat, l'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récives :

- Tout Accident antérieur à la date de prise d'effet de l'adhésion,
- Les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- Les effets directs ou indirects d'explosions ou de dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- Toutes suites et conséquences de la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme,
- Les conséquences de tous cataclysmes tels que tremblement de terre ou inondation,
- Tout fait intentionnel de l'Assuré et toutes conséquences d'une tentative de suicide de l'Assuré ou d'un état de démeance,
- Toute conséquence de l'utilisation de stupéfiants, substances analogues, médicaments ou traitements non prescrits médicalement, de l'état alcoolique de l'Assuré au sens de la législation en vigueur ou d'un alcoolisme chronique,
- Toutes conséquences d'Accidents d'aviation, si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,
- Toute utilisation en tant que pilote ou passager d'un engin à moteur d'une cylindrée supérieure ou égale à 50cm3, d'engin à moteur aquatique ou aérien (sauf en tant que passager d'un vol sur une compagnie aérienne commerciale),
- La pratique d'un sport à titre professionnel,
- La pratique à titre amateur des activités suivantes : alpinisme, escalade, plongée subaquatique à plus de 20 m de profondeur, navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles nautiques des côtes, spéléologie, boxe, catch, full contact, kick-boxing, saut à l'élastique, rafting, canyoning, hydro speed, bobsleigh, luge, ski hors-piste, hockey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, judo, arts martiaux et tous sports de combat, parachutisme, vol à voile, deltaplane, parapente et toute autre activité assimilée,
- Les Accidents survenant pendant l'exercice des métiers ou activités suivantes : cascadeurs, pompiers et tous les métiers ou activités exercés dans les domaines du transport de fonds, du cirque, de la surveillance armée, du maintien de l'ordre, de l'usage d'explosifs, des travaux forestiers, des ouvrages d'art de grande hauteur du bâtiment et travaux publics (plus de 15m de hauteur),
- Toutes suites et conséquences directes et indirectes de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives,
- Les Accidents en rapport direct ou indirect avec toute pathologie ou trouble médicalement constaté acquis ou congénital,
- Les Accidents liés à des troubles du système nerveux, à des troubles neuropsychiatriques, à des troubles de l'appareil locomoteur,
- Les Luxations congénitales ainsi que celles liées à une altération mécanique d'un ou plusieurs disques intervertébraux (hernie discale, discite, discarthrose),
- Toute Brûlure due à une exposition au soleil, aux ultra-violets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- Toute Blessure autre que celles détaillées dans le tableau de garanties prévu à la présente notice.

14 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

La déclaration de sinistre doit se faire auprès de Direxi, par téléphone au 0800 850 750 ou par courrier à Direxi - Service Clients, 1, rue du Molinet, 59290, Wasquehal,

dès connaissance du sinistre.

Les pièces à fournir sont les suivantes :

- questionnaire médical sinistre dûment complété et signé par le médecin,
- copie des comptes rendus d'imagerie médicale (radiographies, scanner, IRM, autres),
- le cas échéant, copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale,
- PV de gendarmerie le cas échéant,
- toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'Assureur.

Dans tous les cas l'Assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires. La déclaration de l'Assuré ne sera prise en compte qu'à réception de l'intégralité des pièces requises.

Tout document à caractère médical pourra être envoyé avec la mention « Pli confidentiel » ou « Secret médical », directement à l'attention de Direxi Médecin Conseil, 1 rue du Molinet, 59290 WASQUEHAL.

15 - POUR CONTACTER L'ASSISTEUR

L'Assisteur est joignable du 1er janvier au 31 décembre sans interruption, 24 heures sur 24 au : **09 69 39 54 63**

Pour le service d'information par téléphone : du lundi au vendredi de 9 h à 18h30

Sans oublier :

- de rappeler le numéro de contrat,
- de rappeler le numéro d'Adhérent,
- de préciser nom, prénom et adresse.

Lors du 1er appel, un n° d'assistance sera communiqué. Il sera à rappeler systématiquement, lors de toutes les relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit être formulée à l'Assisteur dans les 10 jours qui suivent la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande.

16 - EN CAS DE RECLAMATION

Toute demande d'information ou de réclamation relative à l'application du présent contrat doit être présentée à Direxi par courrier à Direxi-Service Clients - 1, rue du Molinet - 59 290 WASQUEHAL ou sur le site internet www.Direxi.fr ou par téléphone au 0 800 347 394.

Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut écrire à l'Assureur : SPHERIA VIE - 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS.

Si après intervention de ceux-ci, un désaccord subsiste, il peut demander un arbitrage à la Commission de Médiation, en adressant sa demande à l'adresse suivante : COMMISSION DE MEDIATION - SPHERIA VIE - 10, Rue Emile Zola - 45000 ORLEANS.

17 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions définies par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des Assurances, et les articles L221-11 et L221-12 du Code de la Mutualité.

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 à 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.

Conformément à l'article L. 114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par 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,
 - L'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des Assurances, 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.

18 - EN CAS DE SUBROGATION

L'Assisteur et l'Assureur sont subrogés dans les droits et les actions de l'Assuré contre tous responsables du sinistre déclaré et à concurrence des sommes exposées et du coût des prestations dont ils supportent la charge.

L'Assuré prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un Accident dont il aurait été victime et à raison de cet Accident.

19 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Assuré reconnaît que Direxi, SPHERIA VIE et Ressources Mutuelles Assistance, responsables du traitement de son adhésion, peuvent communiquer ses réponses ainsi que les données le concernant à la loi informatique, fichiers et libertés » l'Assuré reconnaît être informé que les données recueillies par Direxi lors de l'adhésion peuvent être utilisées par ses sociétés partenaires à des fins de prospection commerciale auxquelles il peut s'opposer en se connectant sur le site Internet www.Direxi.fr ou par courrier à Direxi (Service Clients-1 rue du Molinet-59290 Wasquehal).

Conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'Assuré reconnaît et est informé qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de :

- Direxi - Service Clients - 1 rue du Molinet - 59290 Wasquehal - ou en se connectant sur le site Internet www.Direxi.fr.
- SPHERIA VIE - 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS
- Ressources Mutuelles Assistance - 46 rue du Moulin BP 62127 - 44121 VERTOU CEDEX

Par ailleurs et conformément à la loi informatique, fichiers et libertés » l'Assuré reconnaît être informé que les données recueillies par Direxi lors de l'adhésion peuvent être utilisées par ses sociétés partenaires à des fins de prospection commerciale auxquelles il peut s'opposer en se connectant sur le site Internet www.Direxi.fr ou par courrier à Direxi (Service Clients-1 rue du Molinet-59290 Wasquehal).

SPHERIA VIE, en revanche, s'interdit d'utiliser les données ainsi recueillies à des fins de prospection commerciale.

20 - AUTORITE DE CONTROLE

Direxi, SPHERIA Vie et Ressources Mutuelles Assistance sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Tailbout - 75009 PARIS.