

Santé & Prévoyance

Notice d'information

Prévoyance & Frais médicaux



Offre GLOVO

Conventions n°801017 (Prévoyance)
et n°801018 (Frais médicaux)

DECEMBRE 2019

La Notice a pour but de vous informer des termes des conventions d'assurance n°**801017** et n° **801018** conclues entre nous, société d'assurance du groupe AXA, et GLOVO France.

La présente notice prend effet le 1er décembre 2019.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **Les conventions d'assurance n° 801017 et n° 801018** sont des contrats collectifs à adhésion facultative couvrant des risques de santé et de prévoyance, elles seront le plus souvent désignées par **la convention d'assurance**.
 - **L'assureur** est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par **nous**.
 - **Le souscripteur** est l'entreprise GLOVO France ci-après dénommée GLOVO qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses prestataires indépendants ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur**.
 - **L'adhérent** à la convention d'assurance est la personne appartenant au groupe assurable tel que défini à l'article 10 qui :
 - a adhéré au contrat,
 - est **l'assuré** des garanties souscrites
- La Notice lui est destinée.
- Il sera le plus souvent désigné par **vous**.
- **Le bénéficiaire** est la personne physique percevant les prestations lorsque s'appliquent les garanties souscrites ; il peut être soit l'adhérent, soit une autre personne physique pour la garantie Décès.

Sommaire

Titre 1. Les dispositions relatives à la convention d'assurance	4
Article 1. Objet de la convention d'assurance	4
Article 2. Effet et durée de la convention d'assurance.....	4
Article 3. Information.....	4
Article 4. La renonciation.....	5
Article 5. Modification de la convention d'assurance.....	5
Article 6. Les réclamations.....	6
Article 7. La prescription.....	6
Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel	7
Article 9. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.....	8
Titre 2. Votre adhésion.....	9
Article 10. Groupe assurable.....	9
Article 11. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties	9
Article 12. Les cotisations	10
Titre 3. Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance	11
Article 13. Conditions d'éligibilité.....	11
Article 14. Votre garantie Frais de santé.....	11
Article 15. La garantie Décès	13
Article 16. La garantie Incapacité temporaire.....	15
Article 17. Votre garantie incapacité permanente.....	18
Article 18. Le règlement de nos prestations.....	20
Article 19. Les documents nécessaires au règlement des prestations	20

Titre 1. Les dispositions relatives à la convention d'assurance

Article 1 Objet de la convention d'assurance

GLOVO France, Société à responsabilité limitée dont le siège est à Paris (75017) 135 avenue de Wagram, a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec AXA France Vie, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche,

pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (article 10 « Groupe assurable ») :

- en cas d'accident survenu pendant un shift (tel que défini à l'article 13)
 - le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance » ;
 - les prestations Incapacité temporaire, Incapacité Permanente, décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».
- en cas de décès survenu pendant un shift (tel que défini à l'article 13), les prestations Décès et Frais funéraires décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie selon les dispositions du titre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Article 2. Effet et durée de la convention d'assurance

La convention d'assurance signée entre GLOVO et l'assureur est conclue à effet du 1^{er} décembre 2019. Elle est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019 et se reconduit par accord tacite au 1^{er} Janvier de chaque année.

Article 3. Information

Le souscripteur s'engage à vous remettre un exemplaire de la notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application de la convention notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès d'AXA qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes et à défaut à votre conseiller.

Pour toute information, vous pouvez vous adresser à l'adresse suivante :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance

Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 01 73 600 601
Mail : service.plateformes@axa.fr

Article 4. La renonciation

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 01 73 600 601
Mail : service.plateformes@axa.fr

par exemple, selon modèle suivant :

« Je soussigné (nom et prénom)
né(e) le demeurant
déclare renoncer à mon adhésion aux conventions d'assurance n° 801017 et 801018.
À le
Signature »

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

Article 5. Modification de la convention d'assurance

Une décision législative ou réglementaire, notamment toute modification législative relative à la protection des indépendants peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance, des obligations de GLOVO ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhéré.

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et l'entreprise contractante. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par GLOVO dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur, conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification.

Article 6. Les réclamations

En cas de réclamation :

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre convention ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 7. La prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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 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'assurances

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.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui 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 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- 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 2243 du Code civil).
- 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 (Article 2244 du Code civil).
- 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. 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 (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurance, 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 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de

partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Article 9. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Nous, AXA, ne sommes pas réputés fournir une couverture de risques et nous ne serons pas responsables ni tenus de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Titre 2. Votre adhésion

Article 10. Groupe assurable

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre aux critères suivants :

- Etre coursier prestataire indépendant pour le compte de GLOVO utilisant l'application GLOVO,
- être majeur et âgé de moins de 65 ans le jour de votre adhésion à la convention d'assurance, âge déterminé par différence de millésime,
- être affilié à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale suivant :
 - régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés ;
 - régime Alsace-Moselle ;
- exercer votre activité professionnelle en France métropolitaine.

10.1 Les formalités préalables

- En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez avoir pris connaissance de l'information précontractuelle, de la notice d'information et adhéré au contrat.

Article 11. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties

11.1 Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet immédiatement après avoir pris connaissance de l'information précontractuelle, de la notice d'information et adhéré au contrat.

11.2 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion.

Nous indemnisons les sinistres ou les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la déclaration d'accident, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

11.3 La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même :

- Le jour où vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- Le jour où intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi.

Votre demande de résiliation de votre adhésion doit être adressée par lettre recommandée à :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 01 73 600 601
Mail : service.plateformes@axa.fr

L'assureur peut par ailleurs, en application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989, dite Loi Evin, résilier les garanties autres qu'en cas de décès, en y mettant fin dans les deux premières années suivant l'adhésion. Pour cela, il préviendra l'adhérent par lettre recommandée avec un préavis de deux mois avant la prise d'effet de la résiliation.

Article 12. Les cotisations

La cotisation est prise en charge par GLOVO.

Titre 3. Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

Article 13. Conditions d'éligibilité

Pour bénéficier des garanties, les accidents ou le décès doivent se produire durant un « shift ».

- Définition de « Shift »

Le « shift » est la plage horaire de prestation de service continue pendant laquelle le coursier est connecté à l'application pour prendre en charge des livraisons. Les plages de « shift » théoriques sont réservées en amont par les coursiers auprès de GLOVO et démarrent lorsque le coursier se connecte à l'application GLOVO pour recevoir des commandes.

- Définition d'accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'assuré.

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies, ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

L'Accident Vasculaire Cérébral n'est pas considéré comme un accident puisque un Accident Vasculaire Cérébral est soudain mais pas de cause extérieure.

Article 14. Votre garantie Frais de santé

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé suite à un accident survenu lors d'un shift, la garantie prévoit le versement des prestations définies ci-dessous. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements du Régime Obligatoire et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables des frais exposés par le bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

14.1 Les bénéficiaires des garanties

En tant qu'adhérent, vous êtes le seul bénéficiaire des garanties.

14.2 Vos remboursements de Frais de santé

14.2.1 Contrat « non responsable »

Compte tenu du choix des garanties, la convention n'est pas éligible au dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » (articles L871-1 et L322-2 du Code de la Sécurité sociale et décrets d'application).

Nous ne prenons pas en charge la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie consécutifs à un accident survenu pendant un shift.

14.2.2 Les montants des garanties

Les remboursements présentés viennent en complément de ceux du régime obligatoire, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Le cumul de nos prestations, des remboursements du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits ci-dessous, les frais engagés par vos soins. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Nature des soins	Montant des prestations en complément de la sécurité sociale et de tout autre organisme
La médecine courante - les consultations, visites généralistes - les consultations, visites spécialistes - les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie - les actes d'imagerie, échographie et doppler • Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : - les infirmiers, les kinésithérapeutes, - les orthophonistes, les orthoptistes,... • les examens médicaux : - les analyses biologiques	100 % BR
Les frais de transport	100 % BR
La pharmacie • les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale (à hauteur de 65 % et/ou 30 % et/ou 15 %)	100 % BR
Le dentaire • Les consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie pris en charge par la sécurité sociale • Les inlays onlays d'obturation • Les inlays core • Prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
L'optique • Forfait optique	100 % BR 200 €
L'auditif • Les prothèses auditives	100 % BR
Les appareillages et prothèses diverses • Hors prothèses dentaires et auditives	100 % BR
L'hospitalisation • les frais de séjour (établissement public ou privé) - l'hospitalisation médicale - l'hospitalisation chirurgicale • les honoraires médicaux et chirurgicaux • le forfait journalier	100% BR 100 % Forfait

Quelques définitions

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

14.3 Exclusions

- Des maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner – en France, au sens de l'article 324-1 du code de la Sécurité sociale,
- Accidents entraînant des blessures à la tête (mortelles ou non) en l'absence de casque répondant au label d'homologation européen EN 1078 ou EN 1080,
- Conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, des lors que l'assuré y prend une part active,
- Conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.
- Les rixes auxquelles le coursier participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- De la participation active du coursier à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- De l'usage par le coursier, de stupéfiants, d'alcool, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome

Article 15. La garantie Décès

15.1 Le montant du capital que nous versons à vos bénéficiaires

En cas de décès de l'adhérent survenu pendant un shift, l'assureur verse le capital forfaitaire au bénéficiaire inscrit au contrat. En cas d'accident, le décès doit survenir dans les 12 mois du sinistre et avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'adhérent atteint son 70^{ème} anniversaire.

L'âge de l'adhérent est calculé par différence de millésimes.

Le montant du capital forfaitaire en cas de décès s'élève à 25 000 €.

La revalorisation des capitaux en cas de décès

Les capitaux ou allocations obsèques servis en cas de décès sont revalorisés à compter du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

15.2 Les bénéficiaires du capital

Le capital est versé à votre (vos) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation choisi par l'adhérent.

La désignation type de vos bénéficiaires

Si aucune mention particulière ne nous est faite, nous versons le capital :

- à votre conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut, à votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité, à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou représentés et à ceux de votre conjoint si vous en aviez la charge,
- à défaut, par parts égales, à vos parents ou au survivant d'entre eux,
- à défaut à vos héritiers par la dévolution successorale,

Pour être bénéficiaire du capital décès, votre concubin (Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers) doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière.

La désignation particulière des bénéficiaires

Lors de votre adhésion au contrat et tout au long de votre adhésion, vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil aux articles 953, 960 et 1096.

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous vos bénéficiaires désignés décèdent avant vous,
- ou si vous et tous vos bénéficiaires désignés décédez ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- en cas de révocation de plein droit prévu par le Code Civil.

Enfin, si vous avez souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le prédécès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives et dans la limite de 100% du capital.

15.3 Frais funéraires

Les frais d'obsèques sont remboursés à la personne qui a réglé les frais funéraires, sur justification des dépenses engagées, dans la limite égale à 1/24ème du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

15.4 Exclusions

Exclusions – Décès

- Des maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner – en France, au sens de l'article 324-1 du code de la Sécurité sociale,
- Accidents entraînant des blessures à la tête (mortelles ou non) en l'absence de casque répondant au label d'homologation européen EN 1078 ou EN 1080,
- Conséquences d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou pas),
- Conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.
- Les rixes auxquelles le coursier participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- De la participation active du coursier à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- De l'usage par le coursier, de stupéfiants, d'alcool, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome

Article 16. La garantie Incapacité temporaire de collaboration

16.1 Capital en cas d'incapacité temporaire totale de collaboration

Vous êtes en incapacité temporaire totale de collaboration lorsque vous êtes, avant vos 67 ans, dans l'incapacité physique totale de collaborer avec GLOVO suite à un accident pendant un shift. Un capital vous est alors versé lorsque votre incapacité temporaire :

- survient entre la date de début et la date de fin de garanties,
- a une durée de plus de 14 jours.

Le montant du capital versé est fixé comme suit :

- Incapacité temporaire entre 15 et 30 jours continus : 300 euros
- Incapacité temporaire de plus de 30 jours continus : 600 euros.

La durée de l'incapacité temporaire est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de collaboration. Si votre incapacité temporaire est prolongée, pour le même accident et sans interruption, et que de ce fait vous avez droit à une indemnisation supérieure, nous complétons le montant que nous vous avons initialement versé à hauteur du nouveau capital à verser. Nous n'indemnisons pas une nouvelle incapacité temporaire due au même accident ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part.

Sauf cas de force majeure, vous devez nous déclarer par un écrit les incapacités temporaires dans les deux mois qui suivent l'expiration de la franchise.

Passé ce délai, ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

16.2 L'expertise médicale et le contrôle médical

16.2.1 L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité temporaire. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui que vous avez choisi, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

16.2.2 Le contrôle médical

Dans tous les cas et à toute époque lors du versement des prestations, même après la résiliation du contrat ou de la garantie, l'assureur se réserve le droit de faire visiter l'assuré et éventuellement de le soumettre à expertise médicale ; les frais de contrôle médical sont à la charge de l'assureur.

16.3 Exclusions

Exclusions – Incapacité temporaire

- Des maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner – en France, au sens de l'article 324-1 du code de la Sécurité sociale,
- Accidents entraînant des blessures à la tête (mortelles ou non) en l'absence de casque répondant au label d'homologation européen EN 1078 ou EN 1080,
- Conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes,
- Conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.
- Les rixes auxquelles le coursier participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- De la participation active du coursier à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- De l'usage par le coursier, de stupéfiants, d'alcool, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome
- Les blessures qui sont la conséquence directe d'un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion,

Ne sont pas considérés comme accidents, les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux. Ne sont pas couvertes les fractures de fatigue ou de stress.

Article 17. Votre garantie incapacité permanente

Cette garantie a pour objet, en cas d'accident survenu pendant un shift, le versement d'un capital en cas d'incapacité permanente.

17.1 Montant de la garantie

Le capital d'incapacité permanente, versé à compter de la date de consolidation, est fonction du taux d'incapacité déterminé par l'assureur.

La consolidation de l'incapacité permanente doit intervenir dans les 2 ans qui suivent l'accident.

17.2 Taux d'incapacité

Le taux d'incapacité est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et les qualifications professionnelles de la victime.

Une fois fixé, en cas d'aggravation ultérieure de l'atteinte corporelle, le taux ne peut donner lieu à révision.

Toute rechute survenue après la date de résiliation du contrat ne sera pas prise en considération.

- **Taux d'incapacité inférieur à 20%**

Aucune prestation n'est versée.

- **Taux d'incapacité supérieur ou égal à 20%**

Le montant du capital est de 25 000€ multiplié par le taux d'incapacité. Le paiement du capital met fin à tout droit au titre de l'incapacité permanente.

Ces indemnités seront uniquement versées si l'accident dont découle l'incapacité permanente intervient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire tant que vous répondez aux conditions d'admission dans le groupe assurable, et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous avez atteint votre 65ème anniversaire.

17.3 L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de notre prestation.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui que vous avez choisi, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

17.4 Les exclusions

Exclusions – Incapacité Permanente

- Des maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner – en France, au sens de l'article 324-1 du code de la Sécurité sociale,
- Accidents entraînant des blessures à la tête (mortelles ou non) en l'absence de casque répondant au label d'homologation européen EN 1078 ou EN 1080,
- Conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes
- Conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.
- Les rixes auxquelles le coursier participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- De la participation active du coursier à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- De l'usage par le coursier, de stupéfiants, d'alcool, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome
- Les blessures qui sont la conséquence directe d'un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion,
- Les blessures consécutives à une altération mécanique d'un ou plusieurs disques intervertébraux (hernie discale, discite, disarthrose),
- Les blessures consécutives à une maladie congénitale (l'ostéogenèse imparfaite) ou maladie des os chroniques (ostéoporose) ou à un cancer des os.

Ne sont pas considérés comme accidents, les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux. Ne sont pas couvertes les fractures de fatigue ou de stress.

Article 18. Le règlement de nos prestations

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par cette convention d'assurance se réalise. Vous devez alors remplir un formulaire de déclaration en ligne et nous fournir les documents mentionnés ci-dessous.

Article 19. Les documents nécessaires au règlement des prestations

A la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de trente jours pour, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

Tous Les Cas	
	Documents Justificatifs
1	La preuve du lien entre le coursier et GLOVO et de l'occurrence de l'accident ou du décès au cours d'un shift pour le compte de GLOVO, fournie par GLOVO
2	La déclaration d'accident remplie par le coursier prévue à cet effet à transmettre dans les cinq jours suivant l'accident
3	Le cas échéant, le procès-verbal de gendarmerie ou le rapport de police (ou les références, date, et autorité qui l'a établi)
4	Un certificat médical détaillé, établi par un médecin dans les cinq jours suivant la date de l'accident, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel.
5	La photocopie de la pièce d'identité

Garantie Décès	
	Documents Justificatifs (à nous faire parvenir dans les six mois suivant le décès)
1	L'acte de décès
2	Une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré(e) décédé(e) de moins de 3 mois
3	La photocopie du ou des livret(s) de famille
4	Tout justificatif permettant d'identifier le bénéficiaire en l'absence de désignation spécifique
5	Le certificat médical constatant le décès en indiquant la cause ou les circonstances (à adresser sous pli à notre médecin conseil)
6	La copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint et de chacun des bénéficiaires
7	L'attestation sur l'honneur certifiant la non séparation de corps, si le bénéficiaire est le conjoint
8	Le RIB du ou des bénéficiaires

Garantie Incapacité temporaire	
	Documents Justificatifs
1	Le certificat d'incapacité temporaire de collaboration, ou les bulletins d'hospitalisation comportant date d'entrée et date de sortie de l'hôpital
2	Un RIB

Garantie Remboursement des Frais de Santé hors Hospitalisation	
	Documents Justificatifs
1	Les justificatifs des frais engagés et de leur lien avec l'accident (certificat médical de prolongation de soins)
2	La copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux (Sécurité sociale, LMDE etc.)
3	Ou, à la place des documents ci-dessus : la copie du décompte de la complémentaire santé

Garantie Hospitalisation	
Documents Justificatifs	
1	Un bulletin de situation ou tout autre document de l'hôpital précisant les dates d'entrée et de sortie
2	Selon la facturation dont relève l'établissement : - Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, - L'original de la facture, - L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires Ou à la place des documents ci-dessus : la copie du décompte de la complémentaire santé

Frais Funéraires	
Documents Justificatifs	
1	Les factures justificatives des frais engagés relatifs aux frais funéraires
2	Le RIB de la personne ayant engagé les dépenses relatives aux frais funéraires
3	Acte de décès

Garantie Incapacité permanente	
Documents Justificatifs	
1	Un RIB

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la mention " acquittée " et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.

