

MALADIE & ENFANT A CHARGE POLICE COLLECTIVE CONDITIONS GENERALES

TABLE DES MATIERES

Critères d'éligibilité	3
Ce qui est couvert	3
A. Catégorie de coursiers couverts :.....	3
B. Quand les coursiers sont-ils couverts	3
C. Les garanties.....	3
Ce qui n'est pas couvert	4
Dispositions générales	4
Comment déclarer un sinistre.....	4
Certificats médicaux & notification.....	5
Mesures en cas de non-respect des obligations en cas de sinistre.....	5
Réclamations	5
Approbation des sanctions	5
Protection des données	6
Modifications que Nous effectuons.....	7
Droit et Juridiction compétente.....	8
Définitions	9



Arranged in partnership with Tribe Advisory

En contrepartie du versement de la prime, **Nous** fournirons la couverture décrite dans la présente **Notice d'information** au **Souscripteur de Police Collective** (Deliveroo France SAS) pour chaque **Personne Assurée**. Le **Souscripteur de la Police Collective** s'engage, via son **Administrateur**, à mettre à disposition un site web (deliveroo.qover.com) où la **Personne Assurée** peut accéder aux Conditions Générales et autres informations relatives à la **Police Collective** souscrite par le **Souscripteur de la Police Collective** en faveur de la **Personne Assurée**.

LA PRÉSENTE **POLICE COLLECTIVE** EST DESTINÉE À PROTÉGER LA **PERSONNE ASSURÉE** CONTRE LES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES RÉSULTANT D'UNE **MALADIE** SE MANIFESTANT A N'IMPORTE QUEL MOMENT (24/7) ET SELON LES TERMES ET CONDITIONS STIPULÉES CI - APRES.

La présente **Police Collective** se compose de ce qui suit :

1. Les présentes *Conditions Générales valant **Notice d'information*** (intitulée '*Police Collective Couverture en matière de Maladie – Conditions Générales*') qui énonce exactement ce qui est couvert par la **Police Collective** et ce qui ne l'est pas, les conditions de la **Police Collective**, comment déclarer un sinistre, comment rédiger une plainte et d'autres informations importantes,
2. Les Conditions Particulières de la **Police Collective** (intitulé « *Master Policy Schedule – Group Sickness Insurance* ») qui énonce ce qui est couvert et l'indemnité y afférente,
3. Tout (tous) avenant(s).

Vous devez lire conjointement les présentes *Conditions Générales*, les Conditions Particulières de la **Police Collective** et tout (tous) avenant(s) et les conserver dans un endroit sûr où ils seront disponibles pour examen par chaque **Personne Assurée**.

Certains mots ont une signification spéciale partout où ils apparaissent en italique gras (à l'exception des titres de paragraphes) et sont repris dans les « Définitions ».

Comment contacter l'Administrateur

La présente **Police Collective** est gérée par l'**Administrateur** qui vous aidera, **Vous** ou les **Personnes Assurées** pendant la durée de vie de la présente **Police**, répondra à toutes les questions que **Vous** ou les **Personnes Assurées** pourraient avoir sur la présente **Police** et s'occupera de la déclaration de sinistre de la **Personne Assurée**.

Si **Vous** ou les **Personnes Assurées** avez des handicaps rendant la communication difficile, veuillez le signaler à l'**Administrateur** qui se fera un plaisir de vous aider.

Si **Vous** ou les **Personnes Assurées** souhaitez discuter de la présente **Police Collective**, ou si la **Personne Assurée** désire présenter une déclaration de sinistre ou discuter d'une déclaration de sinistre en cours, **Vous** ou la **Personne Assurée**, pouvez contacter l'**Administrateur** ; vous trouverez les informations de contact ci-dessous :

Par courriel

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
contact@qover.com

POUR LES DÉCLARATIONS DE SINISTRE

<http://deliveroo.qover.com>

Par téléphone

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

+33 9 71 07 28 38

De 9 à 16 h

Via notre site internet

www.qover.com

Par courrier postal

QOVER SA/NV

Rue du Commerce 31 – 1000 Bruxelles – Belgique

Toute communication avec **Vous** ou la **Personne Assurée** se fera en français, ou en anglais, selon **Votre** choix ou celui de la **Personne Assurée**. Veuillez essayer de contacter l'**Administrateur** par courriel quand c'est possible !

CRITERES D'ELIGIBILITE

La **Personne Assurée** peut prétendre à une couverture, du fait de la présente **Police Collective** si :

- a. elle a moins de 74 ans ; et
- b. elle est affiliée au régime de sécurité sociale obligatoire dont elle relève; et
- c. elle est en séjour régulier et est autorisée à **Travailler** en France ; et
- d. elle est en possession d'un contrat de coursier valable avec le **Souscripteur de la Police Collective** pour effectuer des livraisons ;
- e. elle a effectué, le nombre de livraison, durant la période indiquée, stipulé au sein de chaque garantie.

CE QUI EST COUVERT

A. Catégorie de coursiers couverts :

I. **Maladie:**

- La **Personne Assurée** doit avoir effectué au moins 30 livraisons pour le compte du **Souscripteur** durant les 8 dernières semaines.

II. **Garantie Accessoires : Frais complémentaires pour Enfant à Charge :**

- La **Personne Assurée** ayant effectué au moins 200 livraisons pour le compte du **Souscripteur** durant les 6 derniers mois.
- **Délai d'Attente** : 41 semaines à partir de la date de début de la **Période d'Assurance** ou de la date de début du contrat entre la **Personne Assurée** et le **Souscripteur**, la dernière de ces dates à survenir.

Les Remplaçants ne bénéficient pas de ces deux garanties.

B. Quand les coursiers sont-ils couverts

La **Personne Assurée** est couverte 24/24h et 7/7 jours.

C. Les garanties

I. **Maladie:**

Nous intervenons en cas **d'Incapacité Totale de Travail** résultant d'une **Maladie**, à compter du premier jour où elle est certifiée par un **Médecin**, sous réserve d'un **Délai d'Attente** de 7 jours.

Passé ce délai, **Nous** indemnisons rétroactivement à compter du premier jour **d'Incapacité Totale de Travail**, jusqu'au 15^{ème} jour inclus d'arrêt, à hauteur de 35 Euros par jour.

Au titre de **d'Incapacité Totale de Travail**, la **Personne Assurée** ne peut bénéficier au maximum, sur une période de douze mois, que de deux indemnisations distinctes.

Le Délai d'attente ne s'applique pas en cas de maladie récurrente, mais la période pour laquelle des prestations ont déjà été versées au titre de la période d'invalidité précédente est prise en compte dans le calcul de la période d'indemnisation.

Nous n'indemnisons pas une nouvelle **Incapacité Totale de Travail** due à la même **Maladie** qui a déjà donné lieu à une indemnisation de notre part dans les 60 (soixante) jours qui suivent l'**Incapacité Totale de Travail** précédente.

Conditions préexistantes :

Aucune prestation ne sera versée à la **Personne Assurée** pour des **Incapacités Totale de Travail** résultant de et/ou aggravé par une **Condition préexistante** avant l'entrée en vigueur de la présente police ou avant qu'un contrat de prestation de service valide ne soit signé avec le **Souscripteur de la Police Collective** pour effectuer les livraisons ne soit signé.

Le Remplaçant ne bénéficie pas de cette garantie.

II. Garantie Accessoires : Frais complémentaires pour Enfant à Charge :

Sous réserve du respect du **Délai d'Attente**, si la **Personne Assurée** a effectué au moins 200 livraisons durant les 6 derniers mois, la **Personne Assurée** recevra par **Enfant à charge** en cas de survenance de **Frais complémentaires** une indemnité de 1000 EUR.

Délai d'Attente : 41 semaines à partir de la date de début de la **Période d'Assurance** ou de la date de début du contrat entre la **Personne Assurée** et le **Souscripteur**, la dernière de ces dates à survenir.

Le justificatif des **Frais complémentaires** pourra être rapportée par tous moyens par la **Personne Assurée**.

Cette garantie est limitée à une indemnité par **Enfant à charge** et par contrat.

Le Remplaçant ne bénéficie pas de cette garantie.

CE QUI N'EST PAS COUVERT

Ne sont jamais couverts par la présente police, les Incapacités Totales de Travail

- Résultant de conséquences du harcèlement professionnel et le burn-out.
- Résultant de et/ou aggravée par une Conditions préexistantes

DISPOSITIONS GENERALES

Comment déclarer un sinistre

Pour déclarer un sinistre en cas de **Maladie** ou pour des **Frais complémentaires pour Enfant à Charge**, la **Personne Assurée** devra fournir tous les documents qui **Nous** permettront de déterminer le droit de la **Personne Assurée** à une prestation ou à une indemnité. La **Personne Assurée** s'engage à demander à son **Médecin** de lui fournir toutes les informations relatives à son état de santé.

La déclaration de sinistre doit être réalisée dans un délai de 10 jours à compter du premier jour d'**Incapacité Totale de Travail** ou aussi rapidement qu'il est raisonnable de le faire. A défaut aucune indemnisation ne sera due.

Nous nous réservons le droit de vérifier les déclarations qui **Nous** ont été faites et les réponses à **nos** demandes de renseignements. **Notre** médecin-conseil peut aider la **Personne Assurée** à demander un examen médical auprès d'un **Médecin** désigné par lui. Les coûts de cet examen seront à **notre** charge.

La **Personne Assurée** doit veiller aux points suivants lorsqu'elle déclare un sinistre :

- A. Consulter un **Médecin** dès que possible.
- B. **Nous** fournir la permission de consulter les dossiers médicaux propres à chaque cas, comme le prévoit toute législation pertinente.
- C. **Nous** fournir la preuve et/ou la demande du gestionnaire de sinistres pour établir les circonstances entourant **la Maladie**.
- D. Fournir de l'aide et coopérer avec **Nous** ou avec le gestionnaire de sinistre pour obtenir tout dossier médical supplémentaire et tout autre dossier que **Nous** ou le gestionnaire de sinistre demandons pour évaluer la réclamation. Si la **Personne Assurée** ne le fait pas, **Nous** ne serons pas tenus de régler le sinistre.
- E. Qu'il doit accepter d'être examiné par tout conseiller médical que **Nous** désignons et aussi souvent que **Nous** le jugeons nécessaire tout au long de la réclamation. **Nous** réglerons les frais d'un tel examen.
- F. La **Personne Assurée** n'aura droit à aucune prestation pour toute période d'incapacité dont la **Personne Assurée** ne fournit pas la preuve. Si une prestation a déjà été payée, la **Personne Assurée** sera tenue de rembourser tout montant auquel elle n'a pas droit.
- G. La **Personne Assurée** doit accepter que ses données personnelles, y compris son dossier médical, soit partagé avec toutes les parties impliquées dans la gestion du dossier (**Nous** y compris). Il se peut qu'il soit également nécessaire de partager ces informations avec le **Souscripteur de la Police**.
- H. En cas de **Maladie Mentale**, l'assuré doit fournir un certificat médical d'un psychiatre.

Certificats médicaux & notification

Dans les 10 jours suivant le début de l'**Incapacité Totale de Travail** pour cause de **Maladie**, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, il est nécessaire de nous faire parvenir un certificat des premières observations du **Médecin** de la **Personne Assurée**.

Tous les certificats médicaux relatifs à la **Maladie**, au traitement, à l'état actuel ou antérieur de la **Personne Assurée** ainsi qu'à toute autre information demandée par **Nous** doivent également nous être fournis dans les 10 jours ou dès que raisonnablement possible.

Mesures en cas de non-respect des obligations en cas de sinistre

En cas de non-respect des obligations en cas de sinistre, **Nous** pouvons réduire l'indemnité ou la prestation, ou les recouvrer si elles ont été payées, dans la mesure où **Nous** avons subi un préjudice. Si ce manquement résulte d'une intention frauduleuse, **Nous** pouvons refuser toute intervention ou recouvrer l'indemnité ou la prestation déjà payée.

Si **Nous** établissons que la **Personne Assurée** **Nous** a délibérément ou imprudemment fourni des renseignements faux ou trompeurs à toute réclamation, **Nous** pouvons refuser de régler ce sinistre, et recouvrer tout avantage déjà payé et annuler la présente assurance à l'égard de cette **Personne Assurée** à compter de la date à laquelle ces fausses informations ont été fournies (Article L. 113 – 8 du code des assurances).

Réclamations

Que faire en cas de réclamation ?

Nous avons la volonté de **Vous** apporter en permanence, ainsi qu'aux **Personnes Assurées**, la meilleure qualité de service.

Des mécontentements peuvent cependant survenir au cours de la relation entre **Vous** ou la **Personne Assurée** et **Votre** assureur, et nous restons à l'écoute de toute réclamation.

Si **Votre** réclamation ou celle de la **Personne Assurée**, porte sur la gestion de votre contrat ou la gestion d'un sinistre, consultez tout d'abord votre gestionnaire assurance en composant le n° +33 971 07 28 38 (prix d'un appel local depuis un poste fixe – entre 9 h et 16 h)

Courriel : complaints@qover.com
Courrier : QOVER SA/NV
Département médiation
Rue du Commerce 31, 1000, Bruxelles
Belgique

Vous ou la **Personne Assurée** peuvent également s'adresser à Wakam, en écrivant à l'adresse suivante :

Courrier : **Wakam**
Service Réclamations
120-122 Rue Réaumur
TSA 60235
75083 PARIS Cedex 02

Wakam s'engage à accuser réception de **Votre** correspondance ou celle de la **Personne Assurée** dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si Wakam vous a déjà apporté une réponse au cours de ce délai), et à traiter **Votre** réclamation ou celle de la **Personne Assurée** dans un délai maximal de 60 jours ouvrables à compter de la réception de Votre courrier.

Finalement, vous pouvez saisir par écrit à l'Ombudsman des Assurances en France.

Voici ses coordonnées :

La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110, 75 441 Paris Cedex 09.

Site internet : <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>

Le Médiateur est une personnalité extérieure à Wakam qui exerce sa mission en toute indépendance. Ce recours est gratuit. Il rend un avis motivé dans les 90 jours qui suivent sa saisine.

Les dispositions de traitement de plaintes précitées ne portent pas préjudice à Votre droit ou à celui de la Personne Assurée de lancer des poursuites judiciaires.

Approbation des sanctions

Nous ne serons pas supposés fournir une couverture et **Nous** ne serons pas tenus de régler un quelconque sinistre ou de fournir une prestation en vertu des présentes dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture d'une telle prestation nous exposerait à une quelconque sanction, interdiction ou restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou des sanctions commerciales ou économiques, lois ou règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Protection des données

Traitement de vos données personnelles

Dans le cadre des services et produits que Wakam et ses partenaires vous fournissent, **Vous** ou la **Personne Assurée** sont amenés à communiquer des données personnelles vous concernant, telles que : Données relatives à votre identité (nom, prénoms, adresse postale, numéro de téléphone, adresse e-mail...) ; Données personnelles dites « sensibles », telles que des données de santé.

Il se peut que nous ne soyons pas en mesure de **Vous** fournir ou à la **Personne Assurée** des produits ou services spécifiques si **Vous** ou la **Personne Assurée** ne nous fournissez pas certaines données personnelles.

Ces données personnelles peuvent être utilisées pour les finalités suivantes : La gestion de votre contrat et police d'assurance, l'exécution des garanties du contrat (y compris la gestion de sinistres) et la gestion des réclamations et des contentieux, ces traitements étant nécessaires à l'exécution de votre contrat ; Le contrôle et la surveillance des risques, cela nous permettant de prévenir les activités frauduleuses et d'assurer le recouvrement des sommes dues et étant donc nécessaire aux fins de nos intérêts légitimes ; L'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, cela nous permettant d'améliorer les offres et services proposés et étant donc nécessaire aux fins de nos intérêts légitimes ; La lutte contre la fraude à l'assurance et la lutte contre le blanchiment d'argent afin de nous conformer à nos obligations légales.

Ces données personnelles seront conservées pour la durée strictement nécessaire à la fourniture du service et à l'exécution du contrat, selon notre politique de conservation des données, ou selon les dispositions légales applicables.

Divulcation de vos données personnelles

Vos données personnelles ou celle de la **Personne Assurée** peuvent être divulguées aux tiers suivants : Aux sociétés de notre groupe telles que notre maison mère et les sociétés qui lui sont affiliées ; A nos prestataires de services et sous-traitants, pour les besoins de la gestion et l'exécution de votre contrat ; A d'autres compagnies d'assurance (intermédiaires, réassureurs) ; Aux autorités publiques, afin de prévenir ou détecter la fraude ou toute autre activité criminelle et afin de satisfaire à nos obligations légales et réglementaires.

Transferts internationaux de vos données personnelles

Nous pouvons être amenés à transférer vos données personnelles ou celle de la **Personne Assurée** en dehors de l'Union Européenne, notamment dans des pays n'étant pas considérés comme fournissant un niveau de protection suffisant selon la Commission européenne. Afin d'assurer un niveau de sécurité adéquat, ces transferts seront encadrés par les clauses contractuelles types établies par la Commission européenne, ou par d'autres garanties appropriées conformément à la réglementation relative à la protection des données en vigueur.

Vos droits et ceux de la Personne Assurée

Conformément à la réglementation relative à la protection des données en vigueur, **vous** ou la **Personne Assurée** peuvent exercer leurs droits tels que le droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité, d'opposition au traitement de leurs données personnelles, ainsi que du droit de donner des directives relatives au sort de leurs données personnelles après votre/leur décès. S'ils estiment que le traitement de leurs données personnelles constitue une violation de la réglementation relative à la protection des données en vigueur, ils ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de protection des données à l'adresse suivante : APD- Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles ou en remplissant le formulaire via le site: <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/citoyen/agir/introduire-une-plainte>

Nous contacter

Pour toute question, renseignement, ou pour exercer vos droits ou ceux de la **Personne Assurée** relatifs aux données personnelles, veuillez contacter notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : Délégué à la Protection des Données, Wakam - 120-122 rue Réaumur - 75002 Paris - France ; ou par courriel : dpo@wakam.com.

Modifications que Nous effectuons

Nous pouvons à tout moment modifier des informations non essentielles des présentes Conditions Générales d'Assurance et/ou de la **Police Collective** en **Vous** donnant un préavis écrit d'au moins 30 jours.

Les détails non essentiels sont toutes les modifications qui n'ont pas d'effet sur la couverture d'assurance ou la prime d'assurance, comme la présentation formelle de la police d'assurance ou la typographie.

Si **Vous** refusez ou ne pouvez pas accepter les modifications proposées des conditions, **Vous** avez le droit d'annuler la présente police d'assurance dans une période de 30 jours suivant la date de l'avis écrit qui a été envoyé par **Nous**.

Si la couverture qui **Vous** est fournie pour le compte des **Personnes Assurées** est modifiée à la suite de modifications légales ou réglementaires indépendantes de **Notre** volonté, **Nous** serons alors dans l'impossibilité de **Vous** donner un préavis de 30 jours.

Les **Personnes Assurées** n'ont aucun droit d'annulation en vertu de cette police d'assurance.

Droit et Juridiction compétente

Il est convenu que l'Assurance est régie exclusivement par la loi et les usages en vigueur en France, et que tout litige découlant de ladite Assurance ou en rapport avec celle-ci sera soumis exclusivement à la compétence des tribunaux français.

DEFINITIONS

ADMINISTRATEUR

QOVER SA/NV – RPM 0650.939.878 – FSMA 115284A. Le siège social et d'exploitation de QOVER SA/NV est situé rue du Commerce 31, à 1000 Bruxelles. QOVER SA/NV exerce ses activités en libre prestations de service en France.

CONDITION PRÉEXISTANTE

Désigne toute condition, blessure, pathologie, maladie ou condition connexe et/ou tous symptômes connexes, diagnostiqués ou non, dont la **Personne Assurée** souffre avant le début de la présente assurance et :

- a) est connue ou devrait raisonnablement être connue de la **Personne Assurée** ; ou
- b) la **Personne Assurée** a vu, ou fait en sorte de voir, un **Médecin**.

Cela ne comprend pas les **Conditions Préexistantes** pour lesquelles les **Personnes Assurées** n'ont pas eu de traitement ni de symptômes depuis au moins 12 mois.

DELAI D'ATTENTE

Délai pendant lequel aucune prestation ne sera accordée, la **Personne Assurée** et le **Remplaçant** ne bénéficie pas de couverture d'assurance

ENFANT A CHARGE

- l'enfant est mineur et ne perçoit pas de revenus propres ;
- l'enfant est majeur et rattaché à votre foyer fiscal

FRAIS COMPLEMENTAIRES

Dépenses que la **Personne Assurée** sera amenée à déboursier pour l'éducation d'un enfant non conçu lors de la souscription du contrat ou de l'adoption d'un enfant dont les démarches ont été commencées après la date de souscription, pendant la première année de la vie d'un enfant à charge.

INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

Période au cours de laquelle un individu n'est pas totalement en mesure de se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physique ou psychologique, que ce soit dans l'exercice d'une activité professionnelle ou en dehors de celle-ci.

MALADIE

Une maladie dont souffre une **Personne Assurée** à tout moment et qui l'amène directement à obtenir un certificat médical attestant qu'elle est incapable d'effectuer des services de livraison pendant plus de sept (7) jours consécutifs, la **Maladie Mentale** est assimilée à une **Maladie**.

MÉDECIN

Désigne un médecin qualifié qui est enregistré auprès des autorités locales et autorisé à exercer la médecine dans le pays de couverture. Il ne peut être la **Personne Assurée**, toute personne liée à la **Personne Assurée** ou toute personne vivant avec la **Personne Assurée**.

NOUS/NOS/NOTRE

Signifie Wakam, dont le siège social est établi à 120-122, rue Réaumur, 75083 Paris (France) et dont le numéro de TVA est FR 59562117085. Société d'assurance non-vie agréée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest 75009 Paris Cedex 09, sous le numéro 4020259.

NOTICE D'INFORMATION

Description des garanties et des exclusions prévues au contrat ainsi que les obligations de la **Personne Assurée**

PÉRIODE D'ASSURANCE

Désigne les dates indiquées dans les Conditions particulières de la Police Collective dans lequel les prestations d'assurance convenues en vertu de la **Police Collective** entre le **Souscripteur de la Police Collective** et **Nous** sont en vigueur.

PERSONNE ASSURÉE

Désigne le coursier qui a un contrat avec le **Souscripteur de la Police Collective** par le biais d'un accord de coursier fournisseur (contrat de prestation de service) valide et en vigueur et qui est en mesure de se connecter à l'application Deliveroo, fournie par le **Souscripteur de la Police Collective**.

POLICE COLLECTIVE

La combinaison des présentes *Conditions Générales valant Notice d'Information* (intitulée '*Police Collective – Couverture en matière de Maladie Professionnelle – Conditions Générales*'), des Conditions Particulières de la Police Collective (intitulé '*Master Policy Schedule – Group sickness*') et de tout avenant ci-joint.

REMPLOCANT

Désigne la personne approuvée par l'Assuré, qui effectue des livraisons Deliveroo pour le compte de l'Assuré et répond aux obligations et critères du contrat conclu entre l'Assuré et Deliveroo

VOUS/VOTRE/SOUSCRIPTEUR DE LA POLICE COLLECTIVE

Désigne le **Souscripteur de la Police Collective** identifié comme Deliveroo France SAS dans les conditions particulières de la Police Collective qui a conclu la police et a payé le montant total de la prime à l'assureur. Les obligations et devoirs découlant du contrat sont à charge du **Souscripteur de la Police Collective**, à l'exception de celles qui, de par leur nature, doivent être remplis par la **Personne Assurée**. Les prestations découlant du contrat d'assurance seront versées à la **Personne Assurée**.

Il est expressément indiqué que l'obligation de payer la prime est assumée exclusivement par le **Souscripteur** de la **Police Collective**.



Arranged in partnership with Tribe Advisory