



Santé Prévoyance

Notice d'information Santé & Prévoyance UBER

Convention n°801168



Avril 2023

Le contrat d'assurance est financé par UBER et donc gratuit pour vous.

Cette couverture prend effet dès votre adhésion. Votre adhésion prend effet immédiatement après avoir reçu l'information précontractuelle et la notice d'information et avoir adhéré à travers l'application Uber.

Vous avez 30 jours pour y renoncer mais vous pouvez ensuite résilier votre adhésion quand vous le souhaitez.

En cas de sinistre, le process est simple :

1. **Important** : Faire remplir et signer le certificat médical par votre médecin dans les 5 jours après l'accident ;
2. Signaler l'accident sur l'application Uber ;
3. Remplir le formulaire de déclaration en ligne disponible sur l'application Uber ou le déclarer sur le lien ci-après : <https://upload.ugipsgestion.fr/identification/axauber> ;
4. Vous recevrez un e-mail de confirmation d'AXA avec toutes les informations nécessaires ainsi que les coordonnées.

Vos garanties

Le **revenu net** pris en compte pour calculer les prestations est égal à 37% multiplié par le montant le plus élevé entre (i) votre chiffre d'affaires (hors TVA et hors commissions d'Uber) réalisé grâce à Uber dans les 12 derniers mois et (ii) 5718,96€.

Un « **chauffeur actif** » est un chauffeur ayant effectué un minimum de 150 courses avec UBER au cours des 8 semaines précédant immédiatement la date de sinistre.

En cas d'accident du travail pendant une course (de l'acceptation d'une prise en charge d'un client jusqu'à 15 minutes après l'arrivée à destination de ce dernier) ou de maladie professionnelle																					
En cas de frais médicaux :	Dans la limite de votre dépense : 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins de ville (consultations, examens), l'hospitalisation (frais de séjour, honoraires, forfait journalier), les transports sanitaires 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et l'appareillage																				
En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures (uniquement en cas d'accident du travail pendant une course) :	Versement d'un forfait de 1000€																				
En cas d'incapacité permanente :																					
Si votre taux d'incapacité est inférieur à 10%	Versement d'un capital dont le montant est égal à : <table> <tr> <th>Taux d'incapacité permanente</th><th>Montant</th></tr> <tr><td>1%</td><td>450,81 €</td></tr> <tr><td>2%</td><td>732,76 €</td></tr> <tr><td>3%</td><td>1 070,77 €</td></tr> <tr><td>4%</td><td>1 690,07 €</td></tr> <tr><td>5%</td><td>2 141,02 €</td></tr> <tr><td>6%</td><td>2 648,10 €</td></tr> <tr><td>7%</td><td>3 211,28 €</td></tr> <tr><td>8%</td><td>3 831,29 €</td></tr> <tr><td>9%</td><td>4 507,36 €</td></tr> </table>	Taux d'incapacité permanente	Montant	1%	450,81 €	2%	732,76 €	3%	1 070,77 €	4%	1 690,07 €	5%	2 141,02 €	6%	2 648,10 €	7%	3 211,28 €	8%	3 831,29 €	9%	4 507,36 €
Taux d'incapacité permanente	Montant																				
1%	450,81 €																				
2%	732,76 €																				
3%	1 070,77 €																				
4%	1 690,07 €																				
5%	2 141,02 €																				
6%	2 648,10 €																				
7%	3 211,28 €																				
8%	3 831,29 €																				
9%	4 507,36 €																				
Si votre taux est supérieur ou égal à 10%	Versement d'une rente annuelle égale au revenu net multiplié par la moitié du taux pour la partie inférieure à 50% et 1,5 fois le taux pour la partie supérieure à 50% (exemple : pour un revenu net de 7000€ et un taux de 62% : $7000 * ((50/2) + (12*1,5)) = 21700$) La rente est versée jusqu'à la date de liquidation de la pension vieillesse.																				
En cas de décès :																					
Rente de conjoint, PACSé, concubin	40% du revenu net, puis 60% après 55 ans Rente versée jusqu'au décès Dispositions particulières en cas de séparation, divorce ou remariage (cf Notice)																				
Capital pour les célibataires	50 000 euros																				
Rente d'orphelin	Pour les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale 25% du revenu net pour les 2 premiers enfants 20% du revenu net pour chacun des suivants Rente versée jusqu'à 20 ans																				
Rente d'ascendant	Pour les ascendants à charge tels que définis dans la notice 10% du revenu net Rente versée jusqu'au décès																				
Frais funéraires	1/24 ^{ème} du plafond de la Sécurité sociale, soit 1833,00€ en 2023																				
En cas d'arrêt de travail :	A compter du 1 ^{er} jour d'arrêt, Indemnité journalière de 40€ versée pendant 30 jours maximum																				
Pour les « chauffeurs actifs »																					
En cas d'arrêt de travail survenu suite à un accident en dehors d'une course ou à une maladie non professionnelle :	A compter du 8 ^{ème} jour d'arrêt, indemnité journalière de 40€ versée pendant 15 jours maximum																				
En cas de naissance d'un enfant :	Versement d'un forfait de 1000€.																				
En cas d'exercice de la fonction de juré d'assises :	Versement d'un forfait de 500€.																				

La Notice a pour but de vous informer des termes de la convention d'assurance n°801168 conclue entre nous, société d'assurance du groupe AXA et UBER B.V.

La présente notice prend effet le 1^{er} avril 2023.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **La convention d'assurance n°801168** est un contrat collectif à adhésion facultative couvrant des risques de santé et de prévoyance, elle sera le plus souvent désignée par **la convention d'assurance**.
- **L'assureur** est la société d'assurance qui garantit les risques souscrits ; il sera le plus souvent désigné par **nous**.
- **Le souscripteur** est UBER B.V ci-après dénommé UBER qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses chauffeurs ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur**.
- **L'adhérent** à la convention d'assurance est la personne appartenant au groupe assurable qui :
 - a adhéré à travers l'application UBER,
 - est l'assuré des garanties souscrites,

La Notice d'information lui est destinée et lui est remise par le souscripteur, conformément à l'article L141-4 du Code des assurances

L'adhérent 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

Chapitre	Page	Article
1. Les dispositions relatives à la convention d'assurance	7	1.1 Objet de la convention d'assurance
	7	1.2 Effet et durée de la convention d'assurance
	7	1.3 Information
	8	1.4 La renonciation
	8	1.5 Modification de la convention d'assurance
	9	1.6 En cas de réclamation
	9	1.7 La prescription
	10	1.8 La législation relative au traitement des données à caractère personnel
	11	1.9 Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
	11	1.10 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
2. Votre adhésion	12	2.1 Groupe assurable
	12	2.2 Les formalités préalables
	12	2.3 Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties
	13	2.4 Cotisations
3. Les dispositions communes à vos garanties	14	3.1 Vos garanties
	14	3.2 Conditions d'éligibilité
	15	3.3 La base d'assurance de vos garanties rente de conjoint, rente d'orphelin, rente d'ascendant et incapacité permanente
4. Les dispositions relatives à vos garanties d'assurance	16	4.1 Votre garantie frais de santé
	17	4.2 Votre garantie Décès
	20	4.3 Votre garantie Arrêt de travail (accident survenu pendant une course ou maladie professionnelle)
	22	4.4 Votre garantie Arrêt de travail (accident survenu en dehors d'une course ou maladie non professionnelle)
	23	4.5 Votre garantie Incapacité permanente
	25	4.6 Forfait en cas d'exercice de la fonction de juré d'assise
	25	4.7 Forfait naissance
	25	4.8 Forfait hospitalisation
	26	4.9 Les documents nécessaires au règlement des prestations

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA CONVENTION D'ASSURANCE

1.1 Objet de la convention d'assurance

UBER B.V, dont le siège est à Mr Treublaan 7, Amsterdam 1097 DP, Pays Bas, a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec AXA France Vie, RCS Nanterre 310 499 959, 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 2.1 « Groupe assurable ») :

- en cas d'accident survenu pendant une course (telle que définie à l'article 3.2 « Conditions d'éligibilité ») ou de maladie professionnelle :
 - 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 4 « Dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance » ;
 - les prestations décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites en cas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (Décès, frais funéraires, incapacité permanente, incapacité temporaire, forfait en cas d'hospitalisation) se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre 4 « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».
- en cas de maladie non professionnelle ou d'accident survenu en dehors d'une course (telle que définie à l'article 3.2 « Conditions d'éligibilité ») : les prestations d'incapacité temporaire totale de travail 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 4 « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».
- en cas d'exercice de la fonction de juré d'assises : les prestations en cas de convocation pour exercer la fonction de juré 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 4 « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».
- en cas de naissance d'un enfant : les prestations en cas de naissance 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 4 « 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 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

1.2 Effet et durée de la convention d'assurance

La convention d'assurance n°801168 signée entre UBER et l'assureur conclue à effet du 1er janvier 2022 est prorogée jusqu'au 31 mars 2024. Elle se reconduit ensuite par accord tacite au 1er avril de chaque année jusqu'au 31 mars 2026.

La convention d'assurance n°801168 annule et remplace la convention d'assurance n°801093. Les adhérents précédemment garantis au titre de la convention d'assurance n°801093 sont automatiquement transférés sur la convention n°801168.

1.3 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.

Les dispositions relatives à la convention d'assurance

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 ou au Service Clients Associations dont les coordonnées sont indiquées ci-après :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 09 69 37 05 65
Mail : uber@axa.fr

1.4 La renonciation

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion au sein de l'application Uber 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. : 09 69 37 05 65
Mail : uber@axa.fr

par exemple, selon modèle suivant :

« Je soussigné (nom et prénom) né(e) le
..... demeurant
déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion à la convention d'assurance n° 801168.
À le
Signature »

La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

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

1.5 Modification de la convention d'assurance

Une disposition législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance 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 le souscripteur. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date définie d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par UBER 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.

Conformément à l'article L113-4 du Code des assurances, vous pouvez nous notifier votre demande de résiliation :

- par lettre envoyée par courrier postal simple ou recommandé à l'adresse indiquée ci-dessous, le cachet de la poste faisant foi ;

Les dispositions relatives à la convention d'assurance

- par voie électronique à l'adresse suivante : uber@axa.fr en joignant la lettre de résiliation numérisée et signée.

En cas de résiliation par lettre envoyée par courrier postal, votre demande de résiliation de votre adhésion doit être adressée à :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex

Tél. : 09 69 37 05 65

Mail : uber@axa.fr

1.6 En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

- A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations : Via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante :

AXA France - Service Réclamations - TSA 46 307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite

Cette saisine peut se faire :

- par **e-mail** sur le site mediation-assurance.org
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **Monsieur le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.**

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Les dispositions relatives à la convention d'assurance

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

1.7 La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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, notwithstanding 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.

Les dispositions relatives à la convention d'assurance

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 Assurances, 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.

1.8 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 en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

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 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 l'assureur.

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.

Pour plus d'informations, consultez axa.fr/donnees-personnelles.html

1.9 Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre des mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement de terrorisme, nous tenons à préciser que :

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'Assureur de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs. En vertu du

Les dispositions relatives à la convention d'assurance

principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestations au profit de l'assuré.

Le souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

1.10 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

La convention d'assurance sera sans effet et Axa ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution de la convention d'assurance exposerait Axa aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

2. VOTRE ADHESION

2.1 Groupe assurable

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

- exercer la profession de chauffeur professionnel, utilisant la voiture ou la moto, sous le statut d'indépendant (microentrepreneur, entreprise individuelle...) utilisant l'application d'UBER,
- avoir adhéré au dispositif à travers l'application Uber,
- être majeur le jour de votre adhésion à la convention d'assurance,
- 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 ;
 - Sécurité sociale des Indépendants ;
- exercer votre activité professionnelle en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique ou à la Réunion.

2.2 Les formalités préalables

Pour bénéficier de l'assurance, vous devez avoir adhéré via l'application Uber. Uber vous remettra préalablement le document d'information du produit d'assurance et la notice d'information..

2.3 Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties

2.3.1 Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet immédiatement après avoir reçu le document d'information du produit d'assurance et la notice d'information et avoir adhéré à travers l'application Uber.

2.3.2 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.

2.3.3 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,
- Vous avez la possibilité de résilier votre adhésion 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,
- Le jour où intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée au moins deux mois avant le dit jour,
- Le jour où intervient la résiliation de la convention d'assurance à laquelle vous avez adhéré.

Conformément à l'article L113-4 du Code des assurances, vous pouvez nous notifier votre demande de résiliation :

- par lettre envoyée par courrier postal simple ou recommandé à l'adresse indiquée ci-dessous , le cachet de la poste faisant foi;
- par voie électronique à l'adresse suivante : uber@axa.fr en joignant la lettre de résiliation numérisée et signée.

Les dispositions relatives à votre adhésion

En cas de résiliation par lettre envoyée par courrier postal, votre demande de résiliation de votre adhésion doit être adressée à :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 09 69 37 05 65
Mail : uber@axa.fr

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.

2.4 Les cotisations

La cotisation est prise en charge par UBER.

3. LES DISPOSITIONS COMMUNES A VOS GARANTIES D'ASSURANCE

3.1 Vos garanties

En cas d'accident du travail pendant une course avec UBER (de l'acceptation d'une prise en charge d'un client jusqu'à 15 minutes après l'arrivée à destination de ce dernier) ou de maladie professionnelle, vous bénéficiez de garanties listées ci-dessous. Les 15 minutes ne s'appliquent pas en cas d'acceptation par le chauffeur d'une course pour une entreprise autre qu'Uber.

- en cas de frais médicaux,
- en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures
- en cas d'incapacité permanente
- en cas de décès (rente viagère de conjoint, capital pour les célibataires, rente temporaire d'orphelin, rente d'ascendants, funéraires)
- en cas d'arrêt de travail .

Sous réserve que vous répondiez à la définition de « chauffeurs actifs » , vous bénéficiez de garanties ;

- en cas d'arrêt de travail survenu suite à un accident en dehors d'une course ou à une maladie non professionnelle,
- en cas de naissance d'un enfant,
- en cas d'exercice de la fonction de juré d'assises.

L'ensemble de ces garanties sont définies au chapitre 4 « Dispositions spécifiques à chaque garantie ».

3.2 Conditions d'éligibilité

■ 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.

Pour bénéficier des garanties, les accidents doivent se produire durant une course, c'est-à-dire depuis l'acceptation de la prise en charge du client jusqu'à 15 minutes après l'arrivée à destination de ce dernier (le chauffeur doit avoir « terminé la course » sur l'application Uber). Les 15 minutes ne s'appliquent pas en cas d'acceptation par le chauffeur d'une course pour entreprise autre qu'Uber.

■ Définition de maladie professionnelle

Par « maladie professionnelle », il faut entendre la maladie contractée dans l'exercice des fonctions, à condition qu'elle figure au jour de la date d'effet du contrat sur les tableaux prévus aux articles L. 461-2 et R. 461-3 du Code de la Sécurité sociale. Elle n'est remboursée que si la date d'origine (c'est-à-dire celle de la première constatation médicale) se situe pendant la période d'assurance du contrat.

■ Définition de maladie non professionnelle

Par « maladie non professionnelle », il faut entendre la maladie contractée en dehors de l'exercice des fonctions professionnelles.

Les dispositions communes à vos garanties d'assurance

■ Définition de « chauffeur actif »

Par « chauffeur actif », il faut entendre le chauffeur ayant effectué un minimum de 150 courses avec UBER au cours des 8 semaines précédant immédiatement la date de sinistre. Pour le forfait naissance, ce minimum est modifié pour les femmes enceintes à 300 courses au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de la naissance.

Non cumul des prestations

Les prestations Arrêt de travail en cas d'accident de travail pendant une course ou maladie professionnelle et les prestations Arrêt de travail survenu suite à un accident en dehors d'une course ou en cas de maladie non professionnelle ne sont pas cumulables.

Les assurés bénéficiant également du contrat 801094 en tant que coursier utilisant l'application UberEats ne peuvent prétendre qu'à une seule indemnisation au titre d'une même garantie et pour un même événement. Afin de déterminer quelle convention s'applique, il convient de considérer si l'accident du travail ou la maladie professionnelle est rattachée à une course via l'application Uber ou à une livraison via l'application UberEats. Pour les garanties autres qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle, c'est le présent contrat qui s'applique.

3.3 La base d'assurance de vos garanties rente de conjoint, rente d'orphelin, rente d'ascendant et incapacité permanente

La base d'assurance déterminant le montant des prestations est égale au revenu net réalisé en utilisant l'application Uber. Le revenu net est déterminé comme suit :

- 37% multiplié par le chiffre d'affaires hors TVA et hors commissions réalisé pour Uber au cours des 12 mois précédant l'accident ou la date de reconnaissance de la maladie professionnelle
- 37% multiplié par 5718,96€ si le chiffre d'affaires hors TVA et hors commissions réalisé pour Uber au cours des 12 mois précédant l'accident ou la date de reconnaissance de la maladie professionnelle est inférieur à 5718,96€.

4. LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A VOS GARANTIES D'ASSURANCE

4.1 Votre garantie Frais de santé

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé suite à un accident survenu lors d'une course ou une maladie professionnelle, la garantie prévoit le versement des prestations définies ci-dessous. Ces prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements du régime obligatoire et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements des 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).

4.1.1 Les bénéficiaires des garanties

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

4.1.2 Vos remboursements frais de santé

4.1.2.1 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, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Elle ne prend en charge ni 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), ni les dépassements des plafonds des Prix Limites de vente des équipements d'optique, d'Aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

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 une course ou une maladie professionnelle.

4.1.2.2 Les montants des garanties

Les remboursements présentés ci-après viennent, le cas échéant, en complément de ceux du régime obligatoire, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits ci-dessous, les frais engagés par vos soins qui auraient donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale si cette dernière était intervenue.

Sont couverts tous les soins médicalement justifiés liés à un accident du travail ou une maladie professionnelle sur la base des tarifs de la Sécurité sociale.

Sont couverts à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale :

- les soins de ville (consultations médicales, radiographies, examens de laboratoires....) ;
- l'hospitalisation (frais de séjour, honoraires, le forfait journalier) ;
- les transports sanitaires.

Sont couverts à 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale :

- les prothèses dentaires ;
- les produits d'appareillage.

4.2 Votre garantie Décès

Cette garantie a pour objet, en cas de décès pendant une course (ou dans les douze mois après le sinistre en cas d'accident), le versement d'une rente au profit des ayants droit (conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin, enfant ou ascendant) et de frais funéraires. La définition de la course est la même que celle prise en compte en cas d'accident, définie à l'article 3.2 « Conditions d'éligibilité ».

4.2.1 La rente viagère de conjoint

4.2.1.1 Bénéficiaires de la garantie

Dans les conditions fixées à l'article L434-8 du Code de la Sécurité sociale, peut bénéficier d'une rente viagère de conjoint en cas de décès dû à un accident du travail ou une maladie professionnelle, le conjoint, l'ex-conjoint (dans les conditions énoncées au paragraphe 4.2.1.2), le concubin (défini à l'article 515-8 du Code civil) ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (défini à l'article 515-1 et suivants du Code civil).

Le mariage, le PACS ou la situation de concubinage doivent avoir été établis antérieurement à l'accident. Cette condition ne s'applique pas si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage, du concubinage ou du PACS.

Aucune rente n'est due à un conjoint condamné pour abandon de famille ou déchu totalement de l'exercice de l'autorité parentale, sauf s'il est réintégré dans ses droits ou restitué dans son autorité. Les droits du conjoint déchu sont transférés aux enfants et éventuellement aux descendants de ces derniers.

4.2.1.2 Montant

Le montant de la rente viagère annuelle immédiate est fixé comme suit, en pourcentage de la base d'assurance et selon la situation du conjoint suivant :

- concubin, partenaire lié par un PACS, conjoint non divorcé, ni séparé judiciairement : 40 %
- ex-conjoint, concubin ou partenaire en cas de séparation de corps, de divorce, de rupture du PACS ou de cessation du concubinage, divorcé ou séparé judiciairement et ayant obtenu une pension alimentaire : 20 %, sans pouvoir excéder le montant de la pension alimentaire,

Lorsque le conjoint atteint 55 ans, ou avant cet âge lorsqu'il est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 %, le montant de sa rente viagère est porté à 60 %.

Pour l'appréciation de l'incapacité de travail générale d'au moins 50 %, est considéré comme remplissant les conditions requises, le conjoint survivant âgé de moins de 55 ans, hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un gain supérieur à la moitié du salaire minimum interprofessionnel de croissance à la date de reconnaissance d'incapacité de travail ou à la date de versement de la rente.

4.2.1.3 Modalités de règlement

La rente annuelle est payable trimestriellement à terme échu. En cas de décès du conjoint, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès.

En cas de remariage, PACS ou concubinage, la rente est supprimée pour le conjoint, le partenaire de PACS ou concubin de l'adhérent décédé et remplacée par un capital égal à trois fois le montant annuel de la rente. Toutefois, elle est maintenue tant que l'un des enfants perçoit une rente d'orphelin (jusqu'au 20ème anniversaire).

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité ou de cessation du concubinage, le conjoint survivant, le partenaire ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente, sous les réserves suivantes :

- Si le rétablissement de la rente prend effet avant l'expiration de la période mentionnée au premier alinéa du présent article, cette rente est diminuée du montant de la somme déjà attribuée, en application du même alinéa, au titre de la partie restant à courir de ladite période ;

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

- S'il reçoit, en raison d'un nouveau décès, une rente, pension ou allocation, ou s'il reçoit, en raison d'une séparation de corps ou d'un divorce, une pension alimentaire ou une aide financière en cas de dissolution du pacte civil de solidarité, le montant de l'avantage dont il bénéficie s'impute sur celui de la rente de conjoint survivant.

4.2.1.4 Capital substitutif pour les célibataires

Lorsqu'au décès vous êtes célibataire, veuf ou divorcé et n'avez ni partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ni concubin tels que définis au paragraphe 4.2.1.1 ci-dessus, la garantie prévue ci-dessus est remplacée par le versement d'un capital de 50 000 euros au(x) bénéficiaires définis ci-dessous (« Les bénéficiaires du capital »)

■ 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.

■ 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 :

- par parts égales, à vos enfants vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales, à vos parents ou au survivant d'entre eux,
- à défaut à vos héritiers par la dévolution successorale,

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 et suivants, 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.

4.2.2 La rente temporaire d'orphelin

4.2.2.1 Montant

La rente temporaire annuelle immédiate versée au profit des enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale française (article L. 434-10) est fixée comme suit en pourcentage de la base d'assurance.

- 25 % pour chacun des deux premiers enfants bénéficiaires de la rente,
- 20 % pour chacun des enfants suivants.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

Si l'enfant devient, à la suite du décès de l'assuré, orphelin de ses deux parents ou s'il le devient postérieurement, le montant de sa rente d'ayant droit est égal à 30 % du revenu annuel net ou base d'assurance de l'assuré décédé.

S'il existe des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie doit être traitée distinctement.

4.2.2.2 Modalités de règlement

La rente annuelle est payable trimestriellement à terme échu jusqu'au trimestre précédent le 20ème anniversaire de l'enfant.

Les arrérages au profit des enfants sont versés au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique.

En cas de décès de l'enfant, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès.

4.2.3 La rente viagère d'ascendant

4.2.3.1 Conditions d'ouverture des droits

Chacun des ascendants reçoit une rente viagère égale à une fraction de la base d'assurance de l'adhérent, s'il rapporte la preuve :

1°) qu'il aurait pu obtenir de l'adhérent une pension alimentaire, dans le cas où l'adhérent n'avait ni un conjoint ni un partenaire d'un pacte civil de solidarité ni un concubin, ni un enfant dans les termes des dispositions qui précèdent,

ou

2°) qu'il était à la charge de l'adhérent, dans le cas où l'adhérent avait un conjoint, un partenaire d'un pacte civil de solidarité, un concubin ou un enfant.

La condition prévue doit être remplie soit à la date de l'accident, soit, si cela est plus favorable, à la date du décès de l'adhérent.

Le bénéfice des présentes dispositions ne peut être accordé à l'ascendant qui a été reconnu coupable d'abandon de famille ou qui a été déchu totalement de l'autorité parentale.

4.2.3.2 Montant

La rente viagère annuelle immédiate versée au profit de chaque ascendant est fixée à 10 % de la base d'assurance, le cumul des rentes versées ne pouvant excéder 30 %.

En cas de dépassement, les rentes sont réduites à due concurrence.

4.2.4 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.

4.2.5 Dispositions communes à la garantie Décès sous forme de rente

4.2.5.1 Cumul des rentes

En aucun cas le cumul des rentes allouées au titre de l'article 4.2 « Votre garantie Décès » ci-dessus ne peut excéder 85 % de la base d'assurance.

Si le total des rentes excède ce plafond, il est procédé à la réduction proportionnelle du taux des rentes attribuées à chacun des ayants droit.

Une nouvelle répartition est effectuée à chaque fois que le nombre des bénéficiaires est modifié, et ce, jusqu'à ce que chacun des bénéficiaires perçoive la rente totale à laquelle il a droit.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

4.2.5.2 Transformation en capital

Les ayants droit ont la possibilité de liquider, sous forme de capital, les rentes dont ils bénéficient en application du présent contrat.

Ce capital est égal au capital constitutif de la rente calculée par application des taux de capitalisation retenus par la législation française sur les accidents du travail. Cette liquidation supprime tous droits au titre du présent contrat.

4.2.5.3 Résiliation

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations en cours se poursuit sur la base d'assurance versées au titre de la dernière échéance trimestrielle, quelles que soient les hausses ultérieures de l'indice de revalorisation et selon les modalités définies dans la présente convention

4.2.6 Les exclusions

Sont exclus les décès résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année de la première adhésion
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'adhérent à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'adhérent,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Enfin, sont exclus les décès accidentels occasionnés par l'adhérent:

- s'il est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- s'il est sous l'emprise de stupéfiants, alcool ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.
- ainsi que les accidents résultant :
 - d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

4.3 Votre garantie Arrêt de travail (Accident survenu pendant une course ou maladie professionnelle)

Cette garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident du travail survenu pendant une course (telle que définie à l'article 3.2 Conditions d'éligibilité) ou à une maladie professionnelle.

Vous êtes en incapacité temporaire de travail lorsque nous reconnaissons que vous êtes dans l'incapacité physique d'exercer toute activité professionnelle, à la suite d'un accident du travail survenu pendant une course ou à une maladie professionnelle.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

Vous devez faire remplir et signer le certificat médical par votre médecin dans les 5 jours après l'accident. Sauf cas de force majeure, la déclaration d'arrêt de travail doit être effectuée dans les 60 jours qui suivent le début de l'arrêt de travail. Aucune déclaration postérieure ne sera prise en compte .

4.3.1 Montant de la garantie

Nous vous versons alors, dès le 1er jour, une indemnité de 40€ par jour pendant 30 jours maximum.

La durée de l'arrêt de travail est décomptée à partir du 1er jour d'arrêt de travail. Si votre arrêt de travail est prolongé pour le même accident et sans interruption, et que de ce fait vous avez droit à une indemnisation supérieure nous continuons à vous verser une indemnité de 40€ par jour pendant cette prolongation sans que la durée totale d'indemnisation ne dépasse 30 jours. Nous n'indemnisons pas un nouvel arrêt de travail avec interruption dû au même accident ou à la même maladie ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part.

4.3.2 Les modalités de versement de l'indemnité

Les indemnités sont payables à terme échu de la période indemnisable.

Nous cessons les versements en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique d'exercer toute activité professionnelle.

4.3.3 L'expertise médicale et le contrôle médical

4.3.3.1 L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité de travail. 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 nous conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de vos prestations.

En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de refuser sa prestation dès lors que l'expertise médicale conclut que vous n'êtes plus dans l'incapacité à exercer toute activité professionnelle.

Ces conclusions vous sont imposées sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Votre refus de se soumettre à l'expertise médicale entraîne la cessation de vos 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 le votre, ces deux médecins en désigneront un troisième.

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

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

4.3.3.2 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.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

4.3.4 Les exclusions

Sont exclus les arrêt de travail (accident du travail ou maladie professionnelle) résultant :

- 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 L. 324-1 du code de la Sécurité sociale,
- Sinistres dus, de la part du chauffeur, au non-respect du Code de la route pour toute infraction de 3ème classe et plus,
- 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 chauffeur 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 chauffeur 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 chauffeur, 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.

4.4 Votre garantie Arrêt de travail (accident survenu en dehors d'une course ou maladie non professionnelle)

Cette garantie a pour objet, pour les chauffeurs actifs, le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident survenu en dehors d'une course (telle que définie à l'article 3.2 « Conditions d'éligibilité ») ou une maladie non professionnelle.

Vous êtes en incapacité temporaire de travail lorsque nous reconnaissons que vous êtes dans l'incapacité physique d'exercer toute activité professionnelle, à la suite d'un accident survenu en dehors d'une course ou d'une maladie non professionnelle.

Une indemnité journalière vous est alors versée lorsque votre arrêt de travail :

- survient entre la date de début et la date de fin de garanties,
- a une durée de plus de 7 jours.

4.4.1 Montant de la garantie

Le montant de l'indemnité versée à compter du 8ème jour est fixé à 40€ par jour pendant 15 jours maximum. Notre indemnisation est limitée à deux arrêts par année glissante.

La durée de l'arrêt de travail est décomptée à partir du 1er jour d'arrêt de travail. Si votre arrêt de travail est prolongé pour le même accident et sans interruption, et que de ce fait vous avez droit à une indemnisation supérieure nous continuons à vous verser une indemnité de 40€ par jour pendant cette prolongation sans que la durée totale d'indemnisation ne dépasse 15 jours. Nous n'indemnisons pas un nouvel arrêt de travail avec interruption dû au même accident ou à la même maladie ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

La déclaration d'arrêt de travail doit être effectuée dans les 60 jours qui suivent le début de l'arrêt de travail. Aucune déclaration postérieure ne sera prise en compte.

4.4.2 Les modalités de versement de l'indemnité

Les indemnités sont payables à terme échu de la période indemnisable

Nous cessons les versements en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique d'exercer toute activité professionnelle

4.4.3 L'expertise médicale et le contrôle médical

4.4.3.1 L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité de travail. 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 nous conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de vos prestations.

En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de refuser sa prestation dès lors que l'expertise médicale conclut que vous n'êtes plus dans l'incapacité à exercer toute activité professionnelle.

Ces conclusions vous sont imposées sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Votre refus de se soumettre à l'expertise médicale entraîne la cessation de vos 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 le votre, ces deux médecins en désigneront un troisième.

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

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

4.4.3.2 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, les heures de présence obligatoire au domicile (de 9h à 11h et de 14h à 16h) devant entre autres être respectées, et éventuellement de le soumettre à expertise médicale

Les frais de contrôle médical sont à la charge de l'assureur.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

4.4.4 Les exclusions

Exclusions - Arrêt de travail (maladie non professionnelle ou accident hors accident du travail)

Outre les exclusions prévues ci-dessus en cas d'accident du travail, sont exclus les arrêts de travail consécutifs :

- au stress (lié à une activité professionnelle ou non) et autres maladies ou troubles mentaux ou émotionnels de tout type dans la mesure où l'origine ne peut être directement attribuée à un évènement soudain et externe ayant provoqué une grave blessure physique à l'assuré.
- à une maladie ou blessure qui est la conséquence ou qui est aggravée par l'état antérieur de l'assuré. L'état antérieur pris en compte est celui qui prévalait lorsque l'adhérent est devenu chauffeur Uber et au plus tôt à la date d'effet du présent contrat.

4.5 Votre garantie Incapacité permanente

Cette garantie a pour objet, en cas d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le versement d'un capital ou d'une rente en cas d'incapacité permanente (Articles L433-1 et L433-2 du Code de la Sécurité sociale française).

4.5.1 Montant de la garantie

La rente d'incapacité permanente (ou le capital), versée à compter de la date de consolidation, est fonction du taux d'incapacité déterminé par l'assureur.

4.5.1.1 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, compte tenu du barème « accidents du travail » de la Sécurité sociale française.

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

4.5.1.2 Taux d'incapacité inférieur à 10%

Le montant du capital est celui prévu à l'article D. 434-1 du Code de la Sécurité Sociale. Le paiement du capital met fin à tout droit au titre de la présente incapacité permanente.

Conformément à l'article D434-1 du Code de la Sécurité sociale, au 1er avril 2023, le montant de l'indemnité en capital mentionnée à l'article L. 434-1 est fixé selon le barème suivant :

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité
1%	450,81 €
2%	732,76 €
3%	1070,77 €
4%	1690,07 €
5%	2141,02 €
6%	2648,10 €
7%	3211,28 €
8%	3831,29 €
9%	4507,36 €

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

En cas d'évolution du barème conformément à l'article L434-1 du code de la Sécurité sociale, le montant de l'indemnité en capital sera revu automatiquement.

4.5.1.3 Taux d'incapacité égal ou supérieur à 10%

Le montant de la rente annuelle est égal au produit de la base d'assurance par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie de ce taux qui excède 50 %.

Lorsque l'invalidité permanente est totale et oblige l'assuré, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, la rente obtenue en application des dispositions ci-dessus est majorée de 40 % de son montant, cette majoration ne pouvant être inférieure au minimum fixé par la législation française en matière d'Accidents du Travail et de Maladies Professionnelles.

4.5.2 Modalités de règlement

La rente annuelle d'incapacité permanente est payable trimestriellement à terme échu et pendant toute la durée de l'incapacité permanente. La rente trimestrielle est versée à l'assuré. Le versement de la rente cesse à la date de liquidation de la pension de vieillesse.

4.5.3 Revalorisation

Les prestations sont revalorisées par application des coefficients de revalorisation de la Sécurité sociale (Article L 341-6 du Code de la Sécurité Sociale Française).

4.5.4 L'expertise médicale et le contrôle médical

4.5.4.1 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 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.

4.5.4.2 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.

4.5.5 Le règlement de nos prestations

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par cette convention d'assurance se réalise. Nous fournissons alors un formulaire de déclaration que vous, ou un de vos proches, devez nous retourner complété.

Le détail des documents à fournir pour leur règlement figure dans la présente notice, à la suite du descriptif de chacune des garanties.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

4.5.6 Les exclusions

Est exclue l'incapacité permanente résultant

- d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année de la première adhésion
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'adhérent à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'adhérent,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Enfin, est exclue l'incapacité permanente occasionnée par l'adhérent:

- s'il est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- s'il est sous l'emprise de stupéfiants, alcool ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.
- ainsi que les accidents résultant :
 - d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

4.6 Forfait en cas d'exercice de la fonction de juré d'assise

Si l'assuré « chauffeur actif » est convoqué en tant que juré d'assise, l'assureur lui versera un montant forfaitaire de 500€.

Vous devez nous déclarer votre convocation dans les six mois qui suivent la date du procès.

4.7 Le forfait naissance

En cas de naissance d'un enfant, le forfait Naissance prévoit le versement aux « chauffeurs actifs » d'une allocation forfaitaire.

Le montant du forfait naissance

Le montant du forfait est de 1000 € quel que soit le nombre d'enfants dans limite d'un forfait par période de douze (12) mois.

Comme l'assuré, l'enfant doit être bénéficiaire de la Sécurité sociale française.

Vous devez nous déclarer la naissance dans les six mois qui la suivent.

4.8 Le forfait hospitalisation

4.8.1 Le montant du forfait hospitalisation

Si l'assuré est victime d'un accident pendant une course (telle que définie à l'article 3.2 « Conditions d'éligibilité ») et qu'il est hospitalisé plus de vingt-quatre (24) heures consécutives, l'assureur lui versera un montant forfaitaire de 1000€.

Vous devez nous déclarer votre hospitalisation dans les six mois suivant le début de cette hospitalisation.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

4.8.2 Les exclusions

Exclusions – Hospitalisation

- 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,
- Sinistres dus, de la part du chauffeur, au non-respect du Code de la route pour toute infraction de 3^{ème} classe et plus,
- 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 chauffeur 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 chauffeur 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 chauffeur, 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 .

4.9 Les documents nécessaires au règlement des prestations

Pour être indemnisé, vous devez déclarer votre sinistre sur <https://upload.ugipsgestion.fr/identification/axauber> et nous fournir les justificatifs suivants :

Tous Les Cas	
	Documents Justificatifs
1	La preuve du lien entre le chauffeur et Uber et de l'occurrence de l'accident au cours d'une course pour le compte de Uber (directement fourni à AXA par Uber)
2	Remplir le formulaire de déclaration en ligne sur l'application Uber ou déclarer le sinistre sur https://upload.ugipsgestion.fr/identification/axauber et faire remplir et signer le certificat médical par votre médecin dans les cinq jours du sinistre à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel
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	La copie de la pièce d'identité de l'assuré

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

Rente de conjoint, d'ascendant et Rente éducation	
	Documents Justificatifs (à faire parvenir dans les six mois suivant le décès)
1	La déclaration de décès (qui vous sera envoyée par AXA)
2	Le certificat post mortem
3	L'extrait de l'acte de décès de l'assuré
4	La copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré décédé datant de moins de trois mois
5	L'extrait de l'acte de naissance du ou des bénéficiaires(s)
6	La copie de la pièce d'identité du ou des bénéficiaires ou de leur représentant légal
7	L'extrait du ou des livrets de famille de l'assuré
8	En cas de séparation de corps ou de divorce, la preuve du versement d'une pension alimentaire
9	Attestation vitale mentionnant les enfants à charge de l'assuré ou du conjoint ou tout document permettant de déterminer les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale.
10	Acte de notoriété (notaire) ou certificat d'hérédité (mairie) ou dévolution successorale
11	La copie du PACS
12	La copie du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire de PACS
13	L'ordonnance ou le jugement de tutelle et la copie de la délibération du conseil de famille en cas de versement de rente éducation
14	Document apportant la preuve de la relation Décès/accident (document médecin, coupure journal, Procès-Verbal de gendarmerie ou police, jugement, rapport d'autopsie)
15	N° INSEE
16	copie du dernier (ou des 2 derniers) avis d'imposition des bénéficiaires (pour exonération CSG-CRDS)
17	RIB au nom du(des) bénéficiaire(s) pour le virement des rentes
18	Adresse du(des) bénéficiaire(s) de la rente
19	Attestation du chiffre d'affaires hors TVA et hors commission réalisé pour le compte d'UBER transmis par le bénéficiaire ou éventuellement par UBER
Garantie Incapacité permanente	
	Documents Justificatifs
1	Un RIB
2	Un certificat spécifique en cas de nécessité d'assistance d'une tierce personne dans les actes de la vie quotidienne (fourni par AXA)
3	Attestation du chiffre d'affaires hors TVA et hors commission réalisé pour le compte d'UBER transmis par l'assuré ou éventuellement par UBER
4	Le certificat de consolidation (qui vous sera envoyé par AXA)
Garantie Remboursement des Frais de Santé hors Hospitalisation	
	Documents Justificatifs
1	Les feuilles de soins ou les décomptes de la Sécurité sociale
2	Les factures justificatives
3	Les notes d'honoraires
4	Ou, à la place des documents ci-dessus : la copie du décompte de la complémentaire santé
5	Un RIB

Pour les actes supérieurs à 800 euros en dentaire (par ligne d'acte) ou 600 euros en optique, seules les pièces justificatives originales sont acceptées et doivent être envoyées par courrier postal.

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

Garantie frais médicaux (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
3	Ou à la place des documents ci-dessus : la copie du décompte de la complémentaire santé

Pour les frais de prothèses dentaires, de gros appareillage et d'hospitalisation, vous pouvez nous demander une attestation de tiers payant pour ne pas avoir à avancer les frais.

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	La copie de la pièce d'identité de la personne ayant engagé les dépenses relatives aux frais funéraires
4	Acte de décès

Forfait naissance	
	Documents Justificatifs
1	Une copie de l'acte de naissance de l'enfant
2	Un RIB
3	Une photocopie de l'attestation des droits à l'assurance maladie sur laquelle est inscrit l'enfant

Forfait hospitalisation	
	Documents Justificatifs
1	Le bulletin d'hospitalisation comportant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital
2	Un RIB

Forfait en cas d'exercice de la fonction de juré d'assises	
	Documents Justificatifs
1	Une copie de la convocation
2	Un RIB

Arrêt de travail (accident survenu pendant une course ou maladie professionnelle)	
	Documents Justificatifs
1	Attestation de non travail du chauffeur durant la période d'arrêt de travail, fournie par UBER directement à AXA.
2	Rapport de police daté du jour de l'accident ou accusé de réception de l'ouverture d'un sinistre automobile au jour de l'accident ou bulletin d'hospitalisation comportant date d'entrée et date de sortie de l'hôpital. La date d'entrée doit être la date de l'accident.
3	Les certificats médicaux d'arrêt de travail, et/ou les bulletins d'hospitalisation comportant date d'entrée et date de sortie de l'hôpital
4	Un RIB

Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance

Arrêt de travail (accident survenu en dehors d'une course ou maladie non professionnelle)	
	Documents Justificatifs
1	Attestation de non travail du chauffeur durant la période d'arrêt de travail, fournie par UBER directement à d'AXA.
2	Les certificats médicaux d'arrêt de travail, et/ou les bulletins d'hospitalisation comportant date d'entrée et date de sortie de l'hôpital
3	Un RIB

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

En plus des documents listés ci-dessus, le service de gestion peut être amené à demander d'autres pièces justificatives qui s'avèreraient nécessaires en fonction du dossier.

Votre interlocuteur AXA

AXA Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE cedex
Tél. : 09 69 37 05 65
Mail : uber@axa.fr

Entreprise Responsable, AXA France développe depuis plusieurs années des produits d'assurance à dimension sociale et environnementale.

