



Santé & Prévoyance

Notice d'information



Offre **UBEREATS**

Conventions n°800992(Prévoyance)

Et n°800993 (Frais médicaux)

Juin 2018



Ce résumé est un document de synthèse et ne constitue pas un engagement contractuel. La notice d'information est disponible à partir de la page 4.

En résumé ...

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

Cette couverture prend effet dès votre adhésion. Votre adhésion est effective lorsque vous avez pris connaissance et accepté la notice d'information sur l'application UberEats.

Une des conditions pour adhérer : vous devez avoir moins de 65 ans à la date d'adhésion (plus d'informations sur les autres conditions dans la notice).

Vous avez 14 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 UberEats
3. Remplir le formulaire de déclaration en ligne disponible sur l'application UberEats
4. Vous recevrez un e-mail de confirmation d'AXA avec toutes les informations nécessaires ainsi que les coordonnées

Le résumé de vos garanties

Le **revenu net** pris en compte pour calculer les prestations est égal à 77% multiplié par le montant le plus élevé entre (i) votre chiffre d'affaires (hors TVA et hors commissions d'UberEats) réalisé grâce à UberEats dans les 12 derniers mois et (ii) 1000€.

Un « **coursier actif** » est un coursier ayant effectué un minimum de 30 livraisons au cours des 8 semaines précédant immédiatement la date de sinistre.

En cas d'accident du travail pendant une livraison (de l'acceptation d'une prise en charge de la livraison d'un repas jusqu'à 15 minutes après la livraison du repas) 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 :	Versement d'un forfait de 1000€.

<p>En cas d'incapacité permanente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si votre taux d'incapacité est inférieur à 10% - Si votre taux est supérieur ou égal à 10% 	<ul style="list-style-type: none"> - Versement d'un capital dont le montant est égal à <table border="1" data-bbox="877 358 1276 694" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;"><u>Taux d'incapacité permanente</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Montant</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1%</td><td style="text-align: right;">411,12€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2%</td><td style="text-align: right;">668,20€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3%</td><td style="text-align: right;">976,44€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4%</td><td style="text-align: right;">1541,13€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5%</td><td style="text-align: right;">1952,33€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6%</td><td style="text-align: right;">2414,71€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7%</td><td style="text-align: right;">2928,25€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8%</td><td style="text-align: right;">3493,59€</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9%</td><td style="text-align: right;">4110,06€</td></tr> </tbody> </table> - 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% : $7000 * ((50/2) + (12*1,5)) = 2170€$) - La rente est versée jusqu'à 65 ans 	<u>Taux d'incapacité permanente</u>	<u>Montant</u>	1%	411,12€	2%	668,20€	3%	976,44€	4%	1541,13€	5%	1952,33€	6%	2414,71€	7%	2928,25€	8%	3493,59€	9%	4110,06€
<u>Taux d'incapacité permanente</u>	<u>Montant</u>																				
1%	411,12€																				
2%	668,20€																				
3%	976,44€																				
4%	1541,13€																				
5%	1952,33€																				
6%	2414,71€																				
7%	2928,25€																				
8%	3493,59€																				
9%	4110,06€																				
<p>En cas de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rente de conjoint, PACSé, concubin - Rente d'orphelin - Rente d'ascendant - Frais funéraires 	<ul style="list-style-type: none"> - 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) - Pour les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> - 25% du revenu net pour les 2 premiers enfants - 20% du revenu net pour chacun des suivants - Rente versée jusqu'à 20 ans - Pour les ascendants à charge tels que définis dans la notice <ul style="list-style-type: none"> - 10% du revenu net - Rente versée jusqu'au décès - 1/24^{ème} du plafond de la Sécurité sociale, soit 1655,50€ en 2018 																				
<p>En cas d'arrêt de travail :</p>	<p>A compter du 1^{er} jour d'arrêt, indemnité journalière de 25€ versée pendant 30 jours maximum</p>																				
<p>Si vous êtes un « coursier actif »</p>																					
<p>En cas d'arrêt de travail survenu suite à un accident en dehors d'une livraison ou à une maladie non professionnelle :</p>	<p>A compter du 8^{ème} jour d'arrêt, indemnité journalière de 25€ versée pendant 15 jours maximum</p>																				
<p>En cas de naissance d'un enfant :</p>	<p>Versement d'un forfait de 1000€.</p>																				
<p>En cas d'exercice de la fonction de juré d'assises :</p>	<p>Versement d'un forfait de 500€.</p>																				

La Notice a pour but de vous informer des termes des conventions d'assurance n° 800992 et n°800993 conclues entre nous, société d'assurance du groupe AXA, et UBER Portier B.V.

La présente notice prend effet le 1^{er} juin 2018.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **Les conventions d'assurance n° 800992 et n° 800993** sont des contrats collectifs à adhésion facultative couvrant des **risques de santé et de prévoyance**, elles seront le plus souvent désignées par **la convention d'assurance**.
- **L'assureur** est la société d'assurance qui garantit les risques souscrits ; il sera le plus souvent désigné par **nous** ou **AXA**.
- **Le souscripteur** est UBER Portier B.V. ci-après dénommée Uber qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses coursiers ; il sera le plus souvent désigné **par le souscripteur**.
- **L'adhérent** à la convention d'assurance est la personne qui :
 - A adhéré à travers l'application UberEATS,
 - est **l'assuré** des garanties souscrites.

La Notice lui est destinée.

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

Article 1. Objet de la convention d'assurance	7
Article 2. Effet et durée de la convention d'assurance	7
Article 3. Information.....	7
Article 4. La renonciation	8
Article 5. Modification de la convention d'assurance.....	8
Article 6. Les réclamations	9
Article 7. La prescription	9
Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel.....	10
Article 9. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.....	11
Titre II. Votre adhésion	12
Article 10. Groupe assurable.....	12
Article 11. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties	12
Article 12. Les cotisations.....	13
Titre III. Les dispositions spécifiques à vos garanties.....	13
Article 13. Conditions d'éligibilité	13
Article 14. La base d'assurance de vos garanties rente de conjoint, rente éducation, rente d'ascendant et incapacité permanente	14
Titre III.2. Votre garantie Frais de santé	14
Article 15. Les bénéficiaires des garanties.....	14
Article 16. Vos remboursements de Frais de santé.....	14
Titre III.3. Votre garantie Décès	15
Article 17. La rente viagère de conjoint.....	15
Article 18. La rente temporaire d'orphelin.....	16
Article 19. La rente viagère d'ascendant.....	17
Article 20. Frais funéraires	17
Article 21. Dispositions communes à la garantie Décès	17
Article 22. Les exclusions.....	18
Titre III.4. VOTRE GARANTIE ARRET de travail (ACCIDENT DU TRAVAIL ou maladie professionnelle)	18
Article 23. L'expertise médicale et le contrôle médical.....	19
Titre III.5. VOTRE GARANTIE ARRET DE TRAVAIL (MALADIE non professionnelle OU ACCIDENT HORS ACCIDENT DU TRAVAIL).....	20
Article 24. L'expertise médicale et le contrôle médical.....	20
Titre III.6. Votre garantie incapacité permanente	21
Article 25. Montant de la garantie.....	21
Article 26. Modalités de règlement.....	22
Article 27. Revalorisation.....	22

Article 28. L'expertise médicale et le contrôle médical.....	22
Article 29. Le règlement de nos prestations.....	23
Article 30. Les exclusions.....	23
Titre III.7. FORFAIT en cas d'EXERCICE DE LA FONCTION DE JURE D'ASSISES	23
Titre III.8. forfait Naissance	24
Article 31. Le forfait Naissance.....	24
Titre III.9. Le forfait hospitalisation	24
Titre III.10. Les documents nécessaires au règlement des prestations.....	25

Les dispositions relatives à la convention de l'assurance

Article 1. Objet de la convention d'assurance

UBER Portier B.V, dont le siège est à 7 Meester Treublaan 1017DP, Pays Bas, a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec la société d'assurance suivante du groupe AXA :

- AXA France Vie, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (article « Groupe assurable »),
- en cas d'accident survenu pendant une livraison (telle que définie à l'article 13) 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 « 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, capital en cas d'hospitalisation) se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».
- en cas d'accident survenu en dehors d'une livraison (telle que définie à l'article 13) ou de maladie non professionnelle : 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 « 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 d'assises décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie selon les dispositions du titre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».
- en cas de 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 « 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 Prudential et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

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

La convention d'assurance signée entre Uber et l'assureur est conclue à effet du 1^{er} décembre 2017. Elle est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 3. Information

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

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

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

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

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

Article 4. La renonciation

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion au sein de l'application UberEATS pour renoncer à cette adhésion.

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

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

par exemple, selon le modèle suivant :

« Je soussigné (nom et prénom) né(e)
le demeurant
déclare renoncer à mon adhésion aux conventions d'assurance n° 800992 et 800993.
À le
Signature »

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

Article 5. Modification de la convention d'assurance

Une décision législative ou réglementaire 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 adhéree.

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant leur accord, ou avant cette date 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 L 141-4 du Code des assurances.

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

Article 6. Les réclamations

En cas de réclamation :

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

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

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

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

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

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

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

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

Article 7. La prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

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

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**
- **La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).**
- **L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).**
- **L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).**
- **Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).**
- **L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).**

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurance, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

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

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

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

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

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

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

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

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

Titre II. Votre adhésion

Article 10. Groupe assurable

10.1. Les conditions d'adhésion

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

- exercer la profession de coursier sous le statut d'indépendant utilisant l'application d'UberEATS,
- être âgé de moins de 65 ans le jour de votre adhésion à la convention d'assurance, âge déterminé par différence de millésimes,
- 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 ;
 - régime social des Travailleurs Non-Salariés ;
- exercer votre activité professionnelle en France métropolitaine.

10.2. Les formalités préalables

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez avoir pris connaissance de la notice d'information et adhéré à travers l'application UberEATS.

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

11.1. Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet immédiatement après avoir pris connaissance de la notice d'information et adhéré à travers l'application UberEATS.

11.2. Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion.

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

11.3. La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même :

- Le jour où vous ne répondez plus aux conditions d'adhésion dans le groupe assurable,
- Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise 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 par lettre recommandée au moins deux mois avant le dit jour.

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 fautive ou inexacte faite de mauvaise foi.

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

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance

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

Article 12. Les cotisations

La cotisation est prise en charge par Uber.

Titre III. Les dispositions spécifiques à vos garanties

Article 13. 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'adhérent.

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 puisqu'un Accident Vasculaire Cérébral est soudain mais pas de cause extérieure.

Pour bénéficier des garanties, les accidents doivent se produire durant une livraison, depuis l'acceptation de la prise en charge de la livraison du repas sur l'application UberEATS jusqu'à 15 minutes après la livraison de ce dernier chez le client l'ayant commandé par le biais de l'application UberEATS. Les 15 minutes ne s'appliquent pas en cas d'acceptation par le chauffeur d'une course pour une autre plateforme.

- 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

- Définition de « coursier actif »

Par « coursier actif », il faut entendre le coursier ayant effectué un minimum de 30 livraisons au cours des 8 semaines précédant immédiatement la date de sinistre.

Pour le forfait naissance, ce minimum est modifié pour les femmes enceintes à 60 livraisons au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de la naissance.

- Non cumul des prestations

Les assurés bénéficiant également des contrats 800987 et 800988 ne peuvent prétendre qu'à une seule indemnisation au titre d'une même garantie et pour un même évènement.

Article 14. La base d'assurance de vos garanties rente de conjoint, rente éducation, 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 UberEATS. Le revenu net est déterminé comme suit :

- 77% 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
- 77% multiplié par 1000€ 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 1000€

TITRE III.2. VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTE

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé suite à un accident survenu lors d'une livraison 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).

Article 15. Les bénéficiaires des garanties

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

Article 16. Vos remboursements de Frais de santé

16.1. Contrat « non responsable »

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

Il 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).

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 livraison ou une maladie professionnelle.

16.2. 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 laboratoire...);
- 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.

TITRE III.3. VOTRE GARANTIE DECES

Cette garantie a pour objet, en cas d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le versement d'une rente après votre décès au profit des ayants droit et de frais funéraires

Le décès doit survenir dans les douze mois après le sinistre et avant la fin d'année d'assurance au cours de laquelle l'adhérent atteint son 70^{ème} anniversaire.

Article 17. La rente viagère de conjoint

17.1. 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 à l'article 17.2), 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 descendants.

17.2. 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.

17.3. 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 20^{ème} 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 ;
- 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.

Article 18. La rente temporaire d'orphelin

18.1. 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.

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.

18.2. Modalités de règlement

La rente annuelle est payable trimestriellement à terme échu jusqu'au trimestre précédent le 20^{ème} 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.

Article 19. La rente viagère d'ascendant

19.1. 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.

19.2. 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.

Article 20. 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.

Article 21. Dispositions communes à la garantie Décès

21.1. Cumul des rentes

En aucun cas le cumul des rentes allouées au titre de l'article Titre III.3 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.

21.2. 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 retenu par la législation française sur les accidents du travail. Cette liquidation supprime tous droits au titre du présent contrat.

21.3. 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.

Article 22. Les exclusions

Sont exclus les décès résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'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.

TITRE III.4. VOTRE GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL (ACCIDENT SURVENU PENDANT UNE LIVRAISON 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 livraison (telle que définie à l'article 13) ou une maladie professionnelle.

Nous vous versons alors, dès le 1^{er} jour, une indemnité de 25€ par jour pendant 30 jours maximum.

La durée de l'arrêt de travail est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Nous n'indemnisons pas un nouvel arrêt de travail dû au même accident ou à la même maladie ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part.

Sauf cas de force majeure, la déclaration d'arrêt de travail doit être effectuée avant le 8^{ème} jour de l'arrêt de travail. Aucune déclaration postérieure ne sera prise en compte.

Article 23. L'expertise médicale et le contrôle médical

23.1. L'expertise médicale

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

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

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

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

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

23.2. 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.

Exclusions – Arrêt de travail (accident du travail ou maladie professionnelle)

- 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 coursier, au non-respect du Code de la route,
- Conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes,
- Conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.
- Les rixes auxquelles le coursier participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- De la participation active du coursier à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- De l'usage par le coursier, de stupéfiants, d'alcool, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome
- Les blessures qui sont la conséquence directe d'un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion,

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

TITRE III.5. VOTRE GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL (ACCIDENT SURVENU EN DEHORS D'UNE LIVRAISON OU MALADIE NON PROFESSIONNELLE)

Cette garantie a pour objet, pour les coursiers actifs, le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident survenu en dehors d'une livraison (telle que définie à l'article 13) ou une maladie non professionnelle.

Vous êtes en incapacité temporaire totale de travail lorsque vous êtes dans l'incapacité physique totale de travailler. 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.

Le montant de l'indemnité versée à compter du 8^{ème} jour est fixé à 25€ 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. Nous n'indemnisons pas un nouvel arrêt de travail dû au même accident ou à la même maladie ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part.

La déclaration d'arrêt de travail doit être effectuée dans les 30 jours qui suivent le début de l'arrêt de travail. Aucune déclaration postérieure ne sera prise en compte.

Article 24. L'expertise médicale et le contrôle médical

24.1. L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité temporaire. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins. Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles

peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

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

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

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

24.2. 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.

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 événement 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.

TITRE III.6. VOTRE GARANTIE INCAPACITE 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).

Article 25. 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.

25.1. 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.

25.2. 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 l'incapacité permanente.

Conformément à l'article D434-1 du Code de la Sécurité sociale, au 1er avril 2016, 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%	411,12 €
2%	668,20 €
3%	976,44 €
4%	1 541,13 €
5%	1 952,33 €
6%	2 414,71 €
7%	2 928,25 €
8%	3 493,59 €
9%	4 110,06 €

25.3. 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.

Article 26. 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 au 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

Article 27. 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).

Article 28. L'expertise médicale et le contrôle médical

28.1. 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.

28.2. 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.

Article 29. 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.

Article 30. Les exclusions

Est exclue l'incapacité permanente résultant :

- d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'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.

TITRE III.7. FORFAIT EN CAS D'EXERCICE DE LA FONCTION DE JURE D'ASSISES

Si l'assuré « coursier actif » est convoqué en tant que juré d'assises, 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.

TITRE III.8. FORFAIT NAISSANCE

En cas de naissance, la garantie Naissance prévoit le versement aux « coursiers actifs » d'une allocation forfaitaire.

Article 31. Le forfait Naissance

Le montant du forfait est de 1000 € quel que soit le nombre d'enfants.

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

TITRE III.9. LE FORFAIT HOSPITALISATION

Si l'assuré est victime d'un accident pendant une course (telle que définie à l'article 13) 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.

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 coursier, au non-respect du Code de la route,
- Conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes,
- Conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.
- Les rixes auxquelles le coursier participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- De la participation active du coursier à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- De l'usage par le coursier, de stupéfiants, d'alcool, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome
- Les blessures qui sont la conséquence directe d'un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion,

TITRE III.10. LES DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS

Tous Les Cas	
Documents Justificatifs	
1	La preuve du lien entre le coursier et Uber et de l'occurrence de l'accident au cours d'une livraison pour le compte de Uber (fournie par Uber directement à AXA)
2	Remplir le formulaire de déclaration en ligne 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 photocopie de la pièce d'identité de l'assuré

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 envoyé 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	L'extrait du ou des livrets de famille de l'assuré
7	En cas de séparation de corps ou de divorce, la preuve du versement d'une pension alimentaire
8	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.
9	Acte de notoriété (notaire) ou certificat d'hérédité (mairie) ou dévolution successorale
10	La copie du PACS
11	La copie du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire de PACS
12	L'ordonnance ou le jugement de tutelle et la copie de la délibération du conseil de famille en cas de versement de rente éducation
13	Document apportant la preuve de la relation Décès/accident (document médecin, coupure journal, Procès-Verbal de gendarmerie ou police, jugement, rapport d'autopsie)
14	N° INSEE
15	Copie du dernier (ou des 2 derniers) avis d'imposition des bénéficiaires (pour exonération CSG-CRDS)
16	RIB au nom du(des) bénéficiaire(s) pour le virement des rentes
17	Adresse du(des) bénéficiaire(s) de la rente
18	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

Garantie 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.

Garantie Frais de santé (Hospitalisation)	
Documents Justificatifs	
1	Un bulletin de situation ou tout autre document de l'hôpital précisant les dates d'entrée et de sortie
2	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires</p>
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	Acte de décès

Forfait naissance	
Documents Justificatifs	
1	Une copie de l'acte de naissance de l'enfant
2	Un RIB

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 livraison et maladie professionnelle)	
Documents Justificatifs	
1	Attestation de non travail du coursier durant la période d'arrêt de travail, fournie par UBER
2	Rapport de police daté du 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

Arrêt de travail (accident survenu en dehors d'une livraison et maladie non professionnelle)	
Documents Justificatifs	
1	Attestation de non travail du coursier durant la période d'arrêt de travail, fournie par UBER
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

Votre interlocuteur AXA

AXA Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE cedex
Tél. : 01 73 60 06 01
Mail : uber@axa.fr

