

GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Conditions Générales



Votre contrat Garantie des Accidents de la Vie se compose :

- des Conditions Générales* qui présentent l'ensemble des garanties proposées.
- des Conditions Particulières* qui précisent les caractéristiques de votre contrat.

Il est régi par le Code des Assurances.

La langue du contrat est le français et le contrat est soumis au droit français.

Les mots suivis d'un astérisque sont définis au lexique.

SOMMAIRE

1 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT 1

- Qui est assuré ? 1
- Qui bénéficie de la garantie en cas de décès ? 1
- Quels sont les préjudices indemnisés et les événements garantis ? 1
- Ce que votre contrat ne garantit jamais 2

2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* 2

- Dispositions générales 2
- Prestations de renseignements téléphoniques en cas d'accident* garanti 2
- Prestations en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 1 jour 2
- Prestations en cas d'immobilisation imprévue* au domicile* supérieure à 3 jours suite à une hospitalisation ou non 3
- Prestations spéciales pour l'enfant bénéficiaire* de moins de 15 ans en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile*, imprévue 4
- Prestations en cas de difficulté à reprendre la vie professionnelle suite à un accident* garanti 4
- Prestations en cas d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans les Conditions Particulières* 5
- Prestations en cas d'accident* garanti survenu lors de déplacement(s) 6
- Prestations en cas de décès 7
- Ce que votre contrat ne garantit jamais : exclusions spécifiques aux garanties d'assistance* 7

3 - LES GARANTIES D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE LA VIE 7

- Préjudices indemnisés 7
- Comment est calculée l'indemnité ? 8
- Principe de non-cumul 8

4 - LA VIE DE VOTRE CONTRAT 8

- Date à partir de laquelle vous êtes assuré 8
- Durée de votre contrat 8
- Étendue géographique de votre contrat 8
- Ce qui peut modifier votre contrat 8
- Changements concernant votre déclaration 8
- Votre prime 9
- Ce qui peut interrompre votre contrat 9
- Les modalités de résiliation* 9
- La prescription : un délai impératif pour engager une action 9

5 - EN CAS DE SINISTRE 9

- Vos obligations 9
- Nos obligations 9
- La subrogation : transmission de vos droits et actions 10
- Tableau des plafonds d'indemnisation 10

6 - VOUS SOUHAITEZ NOUS CONTACTER 10

7 - LEXIQUE 11

1 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT

QUI EST ASSURÉ ?

En formule individuelle

Les garanties du contrat et les prestations d'assistance* sont accordées à la personne désignée aux Conditions Particulières* en tant que bénéficiaire. Cette personne peut être soit le souscripteur, soit l'un de ses enfants, soit l'un de ses ascendants.

En formule Familiale

Les garanties du contrat et les prestations d'assistance* sont accordées aux personnes suivantes dès lors qu'elles sont désignées aux Conditions Particulières* en tant que bénéficiaires* :

- le souscripteur,
- son conjoint* non séparé(e) de corps ou de fait,
- les enfants fiscalement ou économiquement à charge*.

QUI BÉNÉFICIE DE LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ?

En cas de décès de l'un des bénéficiaires*, seules les personnes physiques justifiant avoir subi un préjudice moral et/ou économique direct du fait du décès de ce bénéficiaire* bénéficient de cette garantie.

QUELS SONT LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS ET LES ÉVÉNEMENTS GARANTIS ?

1. Les préjudices indemnisés

Dans les conditions définies ci-après, le présent contrat garantit les préjudices résultant d'événements accidentels qui surviennent dans la vie

privée du bénéficiaire*, dès lors que l'accident* entraîne :

- le décès du bénéficiaire*,
- ou une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) imputable directement à l'accident* au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières*,
- ou une hospitalisation au moins égale à 5 jours consécutifs dans un service de chirurgie* dès lors que ce seuil est indiqué dans vos Conditions Particulières*.

En cas d'hospitalisation au moins égale à 5 jours consécutifs dans un service de chirurgie*, il devra nous être fourni un bulletin de situation ainsi que le compte rendu d'hospitalisation détaillant le motif et la nature de la prise en charge chirurgicale dispensée au bénéficiaire*. Ce bulletin de situation devra être remis par le service de chirurgie* du lieu d'hospitalisation.

Attention :

Les seuils de déclenchement des prestations d'assistance* peuvent être différents de ceux mentionnés ci-dessus. Nous vous invitons à consulter la partie « 2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* » des présentes Conditions Générales*.

2. Les événements accidentels garantis

• Les accidents* de la vie privée

Sont garanties les conséquences des dommages corporels* résultant d'événements soudains et imprévisibles, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures et survenus dans le cadre de votre vie privée.

• Les accidents* dus à la pratique régulière* d'un sport à risque

Sont garanties les conséquences des dommages corporels* résultant d'un accident* lié à la pratique régulière* des sports à risque. Sont considérés comme des sports à risque : le bobsleigh, la luge de compétition, l'alpinisme, la varappe, la moto neige, le hockey sur glace, la boxe, l'ensemble des sports de vitesse avec engin à moteur (moto, auto, karting), la plongée sous-marine, la spéléologie, l'ensemble des sports aériens notamment le parachutisme, le parapente, le vol de pente, le deltaplane et le kitesurf.

• Les accidents* dus à des attentats ou à des agressions

Sont garanties les conséquences des dommages corporels* résultant d'accidents*, pouvant constituer un délit ou un crime au sens du Code Pénal français, dont vous avez été victime et auquel vous n'avez pas pris part intentionnellement, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.



Garantie des Accidents de la Vie, un contrat distribué par la Caisse d'Épargne.

Attention :

Pour cet événement, vous devez déposer plainte à la gendarmerie ou au commissariat et nous faire parvenir une copie de la plainte dans les 5 jours qui suivent l'agression ou l'attentat.

• Les accidents* dus à des catastrophes naturelles ou technologiques

Sont garanties les conséquences des dommages corporels* occasionnés par :

- une catastrophe naturelle telle que définie par la loi n° 82.600 du 13 juillet 1982,
- une catastrophe technologique telle que définie par la loi n° 2003-699 du 30 juillet 2003.

Attention :

Pour tous les types d'accidents cités ci-dessus, le contrat couvre les dommages corporels* et le décès consécutifs à un accident* survenu entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation*.

• Les accidents* médicaux

Sont garanties les conséquences d'accidents* médicaux, causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés dans la Quatrième partie du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés par la Sécurité sociale française.

Il y a accident* médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes à caractère médical a eu sur le bénéficiaire* des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

Attention :

Pour être indemnisé au titre d'un accident* médical, le dommage doit s'être manifesté la première fois entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation*.

Ce que votre contrat ne garantit pas :

Les accidents* médicaux dont le fait générateur est antérieur au 1^{er} janvier 2000.

CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT JAMAIS

- **Les dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident* garanti.**
- **Les dommages causés par des accidents vasculaires cérébraux et des accidents cardio-vasculaires n'ayant pas pour origine un accident garanti.**
- **Les dommages causés par des troubles de la coagulation en rapport avec une alcoolémie chronique, n'ayant pas pour origine un accident garanti.**
- **Les dommages causés par des dépendances à des substances psychoactives (drogues) n'ayant pas pour origine un accident garanti ou lorsque ces dépendances relèvent de la participation à un délit intentionnel.**

• **Les dommages causés par le suicide ou les conséquences de la tentative de suicide.**

• **Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles (y compris les activités sportives donnant lieu à rémunération) ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.**

• **Les dommages résultant d'un accident* de la circulation quel que soit le lieu de survenance (que vous soyez conducteur, passager, piéton ou cycliste) dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres. Cependant nous garantissons les dommages causés par des véhicules jouets ou par des tondeuses autotractées non soumis à l'obligation d'assurance.**

• **Les conséquences de tout dommage que vous vous êtes causé intentionnellement.**

• **Les dommages résultant de votre participation à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.**

• **Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère.**

• **Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle des particules.**

2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE*

Attention :

Les prestations d'assistance* sont indépendantes des autres garanties de votre contrat. Elles peuvent vous être acquises alors que l'indemnisation d'assurance ne l'est pas, dès lors que l'événement est garanti et que votre contrat a pris effet.

Pour bénéficier des services de notre assistance*, appeler le 09 69 36 45 45 (appel non surtaxé).

Les dépenses engagées sans l'accord préalable de notre Assisteur* resteront à votre charge.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- Les prestations d'assistance* au domicile* sont accordées uniquement en France Métropolitaine (Corse incluse), en Principautés d'Andorre et de Monaco. Les prestations en cas d'accident* garanti survenu lors de déplacement(s) s'exercent dans le monde entier lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.
- Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire* ou ses proches

doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

• Nous ne serons pas tenus responsables des manquements ou contretemps à l'exécution de ces obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, pandémie, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

• Nous nous efforcerons néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire*. Nous nous réservons le droit de demander tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance* et ouvrant droit au bénéfice des prestations d'assistance* mentionnées dans les présentes Conditions Générales*. Le demandeur s'engage à nous fournir tout acte, pièce, facture, certificat médical ou bulletin d'hospitalisation :

- soit préalablement à la mise en œuvre des prestations,

- soit concurremment à la demande écrite ou dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure).

Ces justificatifs seront adressés à notre médecin conseil. Nous nous réservons le droit de contacter le médecin qui a établi les dits justificatifs.

Nous ne pouvons répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le demandeur des dispositions qui précèdent et serions en droit de réclamer au bénéficiaire* le remboursement des frais exposés.

• Pour obtenir le remboursement de vos prestations d'assistance*, vous devez nous prévenir avant toute mise en place afin d'obtenir notre accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite des frais que nous aurions engagés pour organiser le service.

• Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance* au domicile* peut nécessiter un délai d'une demi journée ouvrée.

• Les prestations d'assistance* n'étant pas conçues pour servir les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par nous pour sa réalisation.

PRESTATIONS DE RENSEIGNEMENTS TÉLÉPHONIQUES EN CAS D'ACCIDENT* GARANTI

Attention :

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Les informations fournies sont des renseignements à caractère documentaire. Nous interdisons toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et nous ne sommes pas tenus de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire* aura demandé(s). Certaines demandes nécessitant des recherches, nous nous engageons alors à répondre dans un délai de 2 jours ouvrés.

• **Les informations juridiques, administratives et sociales en cas d'accident***

Afin d'aider les bénéficiaires* ou ayants droit qui souhaiteraient obtenir des informations à caractère général, nous mettons à leur disposition du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'informations juridiques, administratives et sociales assuré par une équipe expérimentée. Les domaines concernés sont les suivants :

- Santé/ Famille : dossiers médicaux, responsabilité médicale, paramédicale, Sécurité Sociale, grossesse, naissance...
- Droit du travail : travail temporaire, travail à domicile, contrats de travail, travail à temps partiel, fonction publique, licenciement, chômage, accidents du travail, traitements et salaires...
- Formation : congé individuel de formation, contrat de qualification, contrat d'orientation, stages...
- Succession : donations, héritiers réservataires, testament, succession sans testament, droits du conjoint* survivant...
- Justice : auxiliaires de justice, comment obtenir une aide juridique, juridictions pénales, juridictions civiles, juridictions administratives...
- Vie pratique et démarches : démarches administratives à entreprendre (déclaration à la police, à la Sécurité Sociale, à l'assureur, comment porter plainte, à qui s'adresser en cas de litige, comment se défendre, les associations à contacter)...

PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DÈS LE PREMIER JOUR D'HOSPITALISATION

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire* attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si aucun proche n'est disponible sur place, nous vous proposons l'un des services suivants :

• **La présence au domicile***

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour d'une personne désignée par le bénéficiaire* résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants de moins de 15 ans.

• **Le transfert des enfants de moins de 15 ans**

Nous organisons et prenons en charge leur voyage aller et retour jusque chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par une personne désignée par le bénéficiaire* ou un de nos correspondants.

• **La garde au domicile* des enfants de moins de 15 ans**

Nous organisons la garde des enfants de moins de 15 ans, dans la limite des disponibilités

locales, pour un maximum de 7 jours dans un délai d'un mois après l'hospitalisation.

Chaque prestation de la garde d'enfants dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile* du bénéficiaire* et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par un(e) travailleur(se) familial(e). Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire* au domicile*, préparer ses repas et apporter des soins quotidiens à l'enfant.

Pendant ses heures de présence, la personne gardant les enfants pourra les accompagner à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires* et retourner les chercher.

À l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, nous pourrions organiser soit la présence d'un proche au domicile*, soit le transfert des enfants de moins de 15 ans chez un proche.

• **La conduite des enfants de moins de 15 ans à la crèche, à l'école et aux activités extra-scolaires***

Nous organisons et prenons en charge la conduite en taxi à la crèche, à l'école ou aux activités extra-scolaires*, ainsi que le retour au domicile* des enfants de plus de 3 ans et de moins de 15 ans, 2 fois par jour, dans la limite de 7 jours, répartis sur une période d'un mois après l'hospitalisation.

• **La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)**

Nous organisons et prenons en charge la garde et le transfert des animaux dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties d'assistance* de la page 10 :

- soit au sein d'une structure spécialisée, frais de nourriture compris,
- soit chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile*.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Ce que cette prestation ne garantit pas :

- *la garde des animaux de compagnie autre que les chiens et les chats,*
- *la garde des chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.*

Attention :

La prestation « présence au domicile* » n'est pas cumulable avec les autres prestations citées ci-dessus, exception faite si la prestation « garde des enfants de moins de 15 ans » prend fin et que l'hospitalisation du bénéficiaire* est prolongée. Dans ce cas, les prestations « présence au domicile* » ou « transfert des enfants de moins de 15 ans » peuvent prendre le relais.

PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE* AU DOMICILE* SUPÉRIEURE À 3 JOURS SUITE A UNE HOSPITALISATION OU NON

Attention :

Les prestations énoncées dans le présent contrat ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Ces prestations sont mises en place une fois par sinistre et s'appliquent :

- **dans le mois qui suit l'hospitalisation du bénéficiaire*,**
- **et/ou pendant l'immobilisation du bénéficiaire*,**
- **ou dans l'année qui suit l'accident* en cas d'aggravation ultérieure de l'état du bénéficiaire*.**

Pendant l'immobilisation imprévue* au domicile* prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si aucun proche n'est disponible sur place, nous vous proposons les services suivants :

• **La présence au chevet du bénéficiaire***

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour d'une personne désignée par le bénéficiaire*, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour venir à son chevet.

• **Le séjour à l'hôtel**

Nous organisons et prenons en charge le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe « Présence au chevet du bénéficiaire* ». Cette prestation s'exerce dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties d'assistance* de la page 10.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence au chevet du bénéficiaire* ».

• **Le transfert des enfants de moins de 15 ans**

Nous organisons et prenons en charge leur voyage aller et retour jusque chez une personne désignée par le bénéficiaire*, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire* ou un de nos correspondants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du bénéficiaire* » ci-dessus.

• **La livraison de médicaments en urgence 24h/24, 7j/7**

Nous recherchons une pharmacie proche du domicile* du bénéficiaire* ou la pharmacie de garde, achetons sous réserve de disponibilité, et acheminons au domicile* les médicaments prescrits par un médecin et immédiatement nécessaires au bénéficiaire* dans les 24 heures.

Nous faisons l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire* devra rembourser au moment où ils lui seront livrés.

Nous prenons en charge le service de livraison des médicaments.

• Une aide ménagère à domicile*

Nous recherchons et missionnons une aide ménagère dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 21 heures pouvant être réparties sur 4 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère inclut le temps de parcours jusqu'au domicile* du bénéficiaire*, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile* du bénéficiaire*. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du bénéficiaire* » ci-dessus.

• Un(e) garde-malade au chevet du bénéficiaire*

Nous recherchons et missionnons un(e) garde-malade dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 21 heures pouvant être réparties sur 4 semaines.

Chaque prestation du garde-malade inclut le temps de parcours jusqu'au domicile* du bénéficiaire*, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du bénéficiaire* » ci-dessus.

• La recherche d'un médecin

En l'absence du médecin traitant, nous recherchons un médecin le plus proche possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire*, et lui communiquons son numéro de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

La non disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à notre rencontre.

***Ce que cette prestation ne garantit pas :
Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires du médecin.***

• La recherche d'une infirmière

Sur prescription médicale, nous recherchons une infirmière la plus proche possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire*, et lui communiquons son numéro de téléphone.

La non disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à notre rencontre.

***Ce que cette prestation ne garantit pas :
Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires de l'infirmière.***

PRESTATIONS SPÉCIALES POUR L'ENFANT BÉNÉFICIAIRE* DE MOINS DE 15 ANS EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE*, IMPRÉVUE

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile*, imprévue, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si aucun proche n'est disponible sur place, nous vous proposons les services suivants :

• Une garde à domicile*

Nous organisons et prenons en charge la garde à domicile* de l'enfant bénéficiaire* dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 7 jours par période d'immobilisation supérieure à 1 jour.

Chaque prestation de la garde d'enfant inclut le temps de parcours jusqu'au domicile* de l'enfant bénéficiaire*, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par un(e) travailleur(se) familial(e). Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 7 jours suivant le retour au domicile*.

***Ce que cette prestation ne garantit pas :
La prestation « garde au domicile* » n'est pas ouverte :***

- pendant les congés légaux du ou des parents,
- pendant les heures de travail de la nourrice employée et déclarée,
- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile*.

• Un soutien scolaire dans les matières générales

Lorsque l'hospitalisation ou l'immobilisation au domicile* est imprévue et entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous organisons et prenons en charge un soutien scolaire pour l'enfant bénéficiaire*. Le soutien scolaire s'applique pour les enfants du primaire au secondaire et concerne les matières générales (français, mathématiques, histoire, géographie, langues vivantes).

Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'enfant bénéficiaire*. Il pourra, avec l'accord de l'enfant bénéficiaire* et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels de l'enfant bénéficiaire* l'étendue du programme à étudier.

En cas d'immobilisation imprévue* au domicile* supérieure à 15 jours consécutifs, le soutien scolaire est délivré au domicile*. En cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, le soutien scolaire peut également être fourni dans l'établissement de soins sous réserve de son accord exprès.

Le soutien scolaire est accordé pour la durée effective de l'année scolaire en cours en dehors des périodes de vacances scolaires, pour un maximum de 15 heures par semaine. Il cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La prestation peut être fournie entre 9h et 19h du lundi au vendredi et le samedi, de 9h à 13h hors jours fériés dans la limite des disponibilités locales. Toutefois la mise en place de cette prestation peut nécessiter un délai de 2 jours ouvrés.

PRESTATIONS EN CAS DE DIFFICULTÉ À REPRENDRE LA VIE PROFESSIONNELLE SUITE À UN ACCIDENT* GARANTI

Lorsqu'à la suite d'un accident* garanti médicalement attesté, le bénéficiaire* a perdu son emploi, ou que son état rend difficile sa réintégration dans la vie professionnelle ou son intégration dans le monde du travail s'il s'agit d'un(e) jeune diplômé(e), nous lui proposons, sur simple demande formulée par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés :

• Une Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés

L'Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés est ouverte au bénéficiaire* âgé de 20 ans au moins qui n'est définitivement plus en mesure, physiquement, de reprendre tout ou partie de son activité professionnelle. Elle est accessible dans les 24 mois qui suivent la date de son premier jour d'arrêt de travail de plus de 2 mois. Le bénéficiaire* doit avoir été jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle et autoriser notre médecin conseil à s'en assurer auprès de son médecin traitant.

Un Conseiller Emploi valide la motivation du bénéficiaire* et lui propose un entretien d'orientation avec un psychologue de notre réseau proche de son domicile*. Cet entretien a pour but de mieux cerner le besoin du bénéficiaire* et de lui proposer, si besoin, un accompagnement psychologique avant d'entamer la réflexion professionnelle proprement dite.

Si la situation du bénéficiaire* justifie une intervention psychologique d'accompagnement en raison de l'ampleur du traumatisme psychologique subi, le psychologue et le bénéficiaire* déterminent ensemble les objectifs et la durée de l'accompagnement lors de la première consultation. Dans ce cas, nous prenons en charge jusqu'à 12 heures de consultation en cabinet avec le psychologue de notre réseau.

À l'issue de cet accompagnement psychologique ou si l'entretien d'orientation n'en a pas fait ressortir l'utilité, le module "Réflexion Professionnelle" est enclenché. Il se déroule en 3 étapes :

1 - Bilan de la situation personnelle et professionnelle

Le Conseiller Emploi :

- établit avec le bénéficiaire* un bilan de sa situation personnelle et professionnelle à partir d'une autoévaluation et d'un entretien téléphonique,
- l'aide à identifier un plan d'actions adapté à sa situation (reconnaissance de la qualité de "travailleur handicapé", recherche d'emploi, formation...).

2 - Envoi d'un livret d'information

Le Conseiller Emploi communique au bénéficiaire* toutes les informations utiles dans le cadre de ce plan d'actions (démarches à entreprendre dans le cadre du plan d'actions déterminé suite au bilan, informations sur le statut de travailleur handicapé, les étapes qui mènent au travail, les obligations des entreprises et les aides accordées).

3 - Suivi des actions à mettre en œuvre

Tout au long de la démarche, le bénéficiaire* est suivi par son Conseiller Emploi référent.

Après réception du bilan de situation personnelle et professionnelle, le bénéficiaire* peut également bénéficier de 2 entretiens téléphoniques personnalisés d'une durée totale de 90 minutes pour échanger sur le contenu du bilan et/ou le livret d'information. Si le bénéficiaire* rencontre des difficultés psychologiques au cours de sa réflexion professionnelle, et s'il n'en a pas déjà bénéficié, le Conseiller Emploi pourra l'orienter vers l'accompagnement psychologique.

Son dossier est alors transmis, avec son accord, à un psychologue de notre réseau, et l'accompagnement psychologique est organisé et pris en charge dans les conditions et limites décrites précédemment.

Attention :

La prestation « Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés » ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle de notre part ne sera effectuée auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire* relève.

En outre, notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire*, du ou des renseignement(s) communiqué(s). Nous pouvons fournir des renseignements juridiques mais pas de consultations juridiques.

La durée de la prestation est au plus de :

- 3 mois pour l'accompagnement psychologique lorsqu'il y a lieu,
- 3 mois pour la réflexion professionnelle.

Ce que cette prestation ne garantit pas :

Il n'y aura pas de prise en charge de l'accompagnement psychologique dans les situations suivantes :

- en cas de maladie chronique psychique lourde ou de maladie psychologique antérieurement avérée, constituée ou en cours de traitement, si celle-ci ne permet pas au médecin traitant de considérer le bénéficiaire* comme psychologiquement apte à suivre la prestation,
- en cas d'états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool,
- en cas d'états résultant d'une tentative de suicide.

• Une Aide au Retour à l'Emploi

Pour pouvoir accéder aux services personnalisés de l'Aide au Retour à l'Emploi, le bénéficiaire* doit :

- s'il est salarié, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant sa lettre de licenciement ou son avis de notification du Pôle Emploi ou son certificat de travail,
- s'il est travailleur de statut indépendant, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant un document officiel certifiant la

cessation de son activité (formulaire à obtenir auprès du Centre de Formalités Entreprises ou de l'URSSAF).

L'Aide au Retour à l'Emploi a une durée maximale d'un an à compter du premier appel auprès de notre Service Assistance Emploi.

1 - Validation de la demande du bénéficiaire*

Un Conseiller Emploi :

- établit avec le bénéficiaire* un bilan personnel et professionnel de son parcours à partir d'une autoévaluation complétée par une analyse graphique et d'un entretien téléphonique,
- l'aide à élaborer un projet professionnel réalisable à court terme et lui indique les premières actions de recherche à entreprendre,
- ébauche ou valide le projet professionnel.

2 - Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi

Le Conseiller Emploi dispense une formation sur les thèmes suivants :

- acquisition des techniques de recherche d'emploi (remise en forme du Curriculum Vitae, rédaction de lettres de candidature, réactivation des réseaux relationnels, tests psychotechniques, utilisation du téléphone, préparation aux entretiens de recrutement),
- développement des capacités de communication pour évoquer son projet et sa dynamique professionnelle,
- aide à la mise en place d'une stratégie de recherche d'emploi.

Cette formation se compose d'un stage collectif de 5 jours et 5 heures d'entretiens individuels répartis sur une durée de 8 semaines.

3 - Aide et suivi de la recherche d'emploi

Tout au long de la démarche, le bénéficiaire* est suivi par son Conseiller Emploi référent au travers d'entretiens réguliers où il :

- analyse avec le bénéficiaire* les résultats de ses entretiens d'embauche et l'aide à améliorer son discours,
- valide avec lui le déroulement de son plan d'actions,
- lui propose le cas échéant une réorientation de sa stratégie de recherche,
- lui fournit chaque fois que nécessaire toute l'information utile pour sa recherche d'emploi : démarches administratives, aides financières, éléments du droit du travail...,
- lui fournit, après avoir déterminé les cibles de recherche dans le cadre du plan d'actions, un listing comprenant la raison sociale, l'adresse, le nom des dirigeants ainsi que les détails sur l'activité des entreprises du secteur, de la région visée,
- l'écoute et le soutient dans sa démarche à chaque fois que nécessaire.

Attention :

La prestation « Aide au Retour à l'Emploi » est ouverte au bénéficiaire* ayant bénéficié de « l'Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés ».

Le bénéficiaire* dispose d'un délai de 24 mois à partir de la date de fin de la prestation « Aide au retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés » pour appeler le service Assistance Emploi. Il doit avoir été jugé médicalement apte à reprendre une activité professionnelle et autoriser notre médecin conseil à s'en assurer auprès de son médecin traitant.

Ce que cette prestation ne garantit pas :

Au-delà de 24 mois à compter de la date de fin de la prestation « Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés », le bénéficiaire* ne pourra plus prétendre à la prestation « Aide au Retour à l'Emploi ».

PRESTATIONS EN CAS D'ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE* (AIPP) AU MOINS ÉGALE AU SEUIL D'INTERVENTION INDIQUÉ DANS LES CONDITIONS PARTICULIÈRES*

Si la personne bénéficiaire* atteinte subit une perte d'autonomie constatée par notre médecin expert, rendant nécessaire de manière définitive une assistance technique ou humaine, nous mettons à sa disposition une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe recherche, avec la victime et/ou sa famille et les personnes dont elle souhaite être assistée, les mesures extra-médicales adaptées au contexte, notamment dans le domaine de l'aménagement du domicile*, de nature à rétablir au maximum son autonomie et favoriser sa réinsertion dans son cadre de vie.

Cette garantie couvre les frais de diagnostic et d'étude de cette équipe d'assistance*.

Nous mettons à la disposition du bénéficiaire* les services ci-après :

• Les informations spécifiques

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, nous communiquons au bénéficiaire*, par téléphone uniquement, les renseignements suivants, s'il en a besoin :

1 - Faire face au handicap

- les conséquences des différentes modifications qui interviennent dans la vie quotidienne (relations avec la banque, la compagnie d'assurance, le notaire, le propriétaire du lieu d'habitation, les impôts, la Sécurité Sociale...),
- les formalités administratives,
- le transport pour les personnes handicapées,
- l'impôt et le handicap,
- où trouver le matériel technique adéquat en cas de handicap ou d'immobilisation (lit médicalisé...),
- l'hébergement des personnes handicapées,
- l'adaptation du logement aux personnes handicapées, à qui faire appel,
- la formation des personnes handicapées,
- les droits et démarches en matière d'emploi,
- le départ en retraite pour personnes handicapées, invalides ou inaptes au travail.

2 - A qui s'adresser concrètement ?

- les différents organismes compétents (Maison Départementale des Personnes Handicapées, CCAS...),

- les associations spécialisées,
- le Ministère de la santé et de la protection sociale,
- le site officiel sur le handicap,
- les acteurs du secteur social...

3 - Quelles sont les prestations auxquelles la personne handicapée a droit ?

Le service d'assistance* inclut dans le présent contrat prévoit de dispenser les informations sur :

- les aides légales : carte d'invalidité civile, pension d'invalidité, allocations et aides financières,
- les démarches à suivre et les établissements vers lesquels se diriger si la personne handicapée ne peut rester chez elle,
- les différentes options possibles : les adresses des différentes maisons d'accueil se trouvant dans la région qu'il a choisie, les caractéristiques de ces établissements en fonction du handicap du bénéficiaire*,
- les aides financières et les conseils.

4 - Loisirs et vie culturelle

Le service d'assistance* inclut dans le présent contrat prévoit de dispenser les informations sur :

- les loisirs et la culture accessibles aux handicapés (malvoyants, malentendants...) : expositions, théâtre et cinéma adaptés...,
- les voyages organisés et autres vacances, en fonction des différentes formes de handicap ou de difficultés physiques,
- les informations spécialisées pour les personnes handicapées,
- les informations spécialisées pour les malvoyants, à savoir :
 - les producteurs de braille, éditeurs de livres en gros caractères, organismes prêtant et/ou vendant des livres sur cassettes,
 - les associations de bénévoles aidant les aveugles dans leur vie quotidienne, en les accompagnant lors de petits déplacements ou chez eux.

• Une aide à la vie quotidienne

Pour aider le bénéficiaire* à organiser sa vie et son environnement au quotidien, réaliser certaines tâches, impossibles ou difficiles à exécuter en raison des séquelles de l'accident, nous proposons au bénéficiaire* qui le souhaite des prestations adaptées à sa nouvelle situation :

1 - Le bilan de vie

Nous réalisons un bilan de vie pour mieux connaître le bénéficiaire* et évaluer sa situation afin de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins.

Le bilan de vie mesure le contexte dans lequel le bénéficiaire* évolue ainsi que les ressources dont il dispose.

Il permet d'évaluer :

- les capacités physiques du bénéficiaire*,
- ses habitudes de vie,
- la conformité du domicile* à ses nouveaux besoins afin de lui proposer les prestations d'assistance* qui vont améliorer son quotidien à domicile*.

Il permet enfin d'évaluer si le logement du bénéficiaire* est adapté ou non à son état et d'identifier les aménagements qui pourraient être nécessaires d'y effectuer.

Le bilan est réalisé par téléphone avec le bénéficiaire* ou avec ses proches s'il n'est pas en mesure de répondre.

2 - Les conseils en ressources sociales

Selon les besoins détectés grâce au bilan de vie et notamment en cas de ressources insuffisantes, nous indiquons au bénéficiaire* et à sa famille les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière pour faciliter l'organisation du maintien à domicile* du bénéficiaire* (mairie, département, caisses de retraite...) ou son admission dans une maison d'accueil.

Nous informons le bénéficiaire* ou sa famille de ses droits, des prestations ou financements auxquels il peut prétendre, recherchons les interlocuteurs adéquats, les mettons en contact avec la famille du bénéficiaire* et nous aidons la famille à constituer les dossiers nécessaires.

3 - Les services ponctuels au domicile*

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire* ou de son entourage, nous organisons tous services utiles au bénéficiaire* tels que :

- le transport/l'accompagnement (ex : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à La Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport...),
- la livraison de courses,
- le portage de repas, le service de linge, le coiffeur...,
- une dame de compagnie pour faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents...
- le dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie...),
- le petit bricolage (changer les fusibles, ampoules électriques...),
- le petit jardinage (tondre la pelouse, couper une haie...).

La réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire* au prestataire concerné.

• Si le bénéficiaire* ne peut être maintenu à son domicile*

Nous l'aidons à organiser son hébergement en maison d'accueil en communiquant :

1 - Des informations sur les différentes solutions possibles

- les adresses des différents établissements dans la région que le bénéficiaire* a choisis,
- les caractéristiques de ces établissements, en fonction du handicap du bénéficiaire*,
- les démarches à effectuer.

2 - Les démarches administratives

Toutes les informations utiles sur les démarches à effectuer en cas de déménagement ainsi que, si besoin, des lettres types pour informer les services et organismes tels que le Centre des Eaux, le Centre des impôts, La Poste, EDF/GDF, les opérateurs téléphoniques, la banque, la Sécurité Sociale.

PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENT* GARANTI SURVENU LORS DE DÉPLACEMENT(S)

Attention :

La décision d'assistance appartient exclusivement à notre médecin conseil, après contact avec le médecin traitant et éventuellement la famille du bénéficiaire*.

Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire* et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Sauf décision contraire de notre médecin conseil, les rapatriements ou transports sanitaires vers la France métropolitaine, Monaco et Andorre depuis les pays du Groupe C s'effectuent par avion de ligne régulière.

Pays du groupe C : monde entier sauf la France métropolitaine y compris Corce, Andorre, Monaco, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark (hors Groenland), Espagne Continentale, Baléares, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal Continental, République San Marin, Suisse, Albanie, Biélorussie, Bulgarie, Bosnie Herzégovine, Canaries, Croatie, Finlande, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Macédoine, Madère, Malte, Maroc, Moldavie, Norvège, Pays-Baltes, Pologne, Serbie, Monténégro, Slovaquie, République Tchèque, Roumanie, Russie (partie européenne), Slovénie, Suède, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

• Le rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire* nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, nous proposons les prestations suivantes, après avis de son médecin :

1 - Le transport sanitaire ou rapatriement

Nous organisons et prenons en charge le transport sanitaire ou le rapatriement du bénéficiaire* vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays de villégiature, soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile* du bénéficiaire*, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire* le permet.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile* du bénéficiaire*.

2 - Le remboursement des frais de secours, de recherche et de sauvetage

Lorsque l'accident* est survenu sur les pistes de ski, nous remboursons :

- le premier transport du bénéficiaire* depuis le lieu de l'accident* jusqu'au centre médical susceptible de prodiguer les premiers soins dans les limites de la station,
- le retour jusqu'au lieu de séjour du bénéficiaire* dans la station le jour de l'accident.

Cette prestation s'exerce dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties d'assistance* de la page 10.

Attention :

Seules les sommes payées aux organismes de secours d'urgence dûment habilités peuvent faire l'objet de remboursement.

3 - Le transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire*

Nous organisons et prenons en charge le transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire* lors de son transport sanitaire, si l'état du bénéficiaire* le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

• Les frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire* accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un accident* garanti, nous proposons :

1 - La prise en charge complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

Notre prise en charge vient en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire* ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité Sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire* est affilié. Cette prestation s'exerce dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties d'assistance de la page 10. Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

Ce que cette prestation ne garantit pas :

Ne donnent pas lieu à une prise en charge complémentaire :

- les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,***
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident* ou une maladie survenu en France ou à l'étranger,***
- les frais de rééducation, de cure thermique ou de séjour en maison de repos.***

2 - L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Nous garantissons l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire* a été admis. Les factures nous sont alors adressées et nous en assurons le règlement.

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS

Afin d'apporter notre concours aux proches du bénéficiaire* pour les aider à faire face au décès, nous mettons à leur disposition les services ci-après :

• Le rapatriement ou transport du corps

À la demande des proches du bénéficiaire*, nous organisons et prenons en charge le rapatriement ou le transport du corps depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine. Les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil sont également pris en charge dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties d'assistance* de la page 10.

Lorsqu'il y a inhumation provisoire, nous orga-

nisons et prenons en charge les frais de transport du corps du bénéficiaire* jusqu'au lieu d'inhumation définitive en France métropolitaine, après expiration des délais légaux d'exhumation. Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge des familles.

• Le retour au domicile*

Nous organisons et prenons en charge le retour au domicile* des autres personnes si l'absence du bénéficiaire* les empêche de rejoindre leur domicile* par les moyens initialement prévus.

• La présence sur place d'un membre de la famille

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France métropolitaine, Andorre et Monaco uniquement, si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire* voyageant seul.

• Le séjour à l'hôtel du membre de la famille

Nous organisons et prenons en charge le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties d'assistance* de la page 10.

• Des informations Décès/Succession

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, le bénéficiaire*, pour préparer sa succession, ou ses proches, trouvera/trouveront auprès de nos spécialistes, les renseignements dont il a/ils ont besoin dans les domaines ci-après :

- le décès,
- les obsèques,
- les droits du conjoint* et de ses enfants,
- les démarches administratives,
- l'organisation des obsèques en France métropolitaine.

Nous mettons la famille en relation avec son prestataire habituel qui se chargera de l'organisation de la cérémonie : convoi, cérémoniereligieuse, ouverture du caveau et mise en bière.

Ce que cette prestation ne garantit pas :

L'ensemble des frais d'obsèques générés restera à la charge de la famille du bénéficiaire*.

CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT JAMAIS : EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE*

Outre les exclusions générales mentionnées dans la partie « 1 - GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT », au chapitre « Ce que votre contrat ne garantit jamais » de la page 2, nous ne garantissons pas :

- Les demandes non justifiées.***
- Le paiement des frais engagés sans notre accord exprès.***
- Le remboursement des frais sans présentation des justificatifs originaux et/ou qui seraient supérieurs au montant des frais que nous aurions engagés pour organiser le service.***

- Les hospitalisations prévisibles ainsi que les convalescences qui en découlent.***
- Les accidents et leurs conséquences s'ils sont antérieurs à la date d'effet du contrat.***
- Les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire* et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense.***
- Les événements survenus de la participation du bénéficiaire* en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche pouvant en résulter.***
- La plongée sous marine si en cas d'accident* garanti, le bénéficiaire* n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (nous n'intervenons qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).***

3 - LES GARANTIES D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE LA VIE

PRÉJUDICES INDEMNISÉS

En cas de dommages corporels* entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) ou une hospitalisation dans un service de chirurgie* au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières*, les préjudices indemnisés après consolidation*, sont :

- Les frais de logement adapté
- Les frais de véhicule adapté
- L'assistance permanente et temporaire par tierce personne*
- Les pertes de gains professionnels actuels et futurs
- L'incidence professionnelle
- Le déficit fonctionnel permanent
- Les souffrances endurées*
- Le préjudice sexuel
- Le préjudice esthétique permanent*
- Le préjudice d'agrément*.

Ces postes s'entendent selon la définition du droit commun.

Les dommages corporels* sont indemnisés dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties des accidents de la vie de la page 10.

En cas de décès de l'un des bénéficiaires*, les préjudices indemnisés sont :

- Les frais d'obsèques
- Les pertes de revenus des proches
- Les frais divers des proches
- Le préjudice d'affection.

Ces postes s'entendent selon la définition du droit commun.

Ces préjudices sont indemnisés dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties des accidents de la vie de la page 10.

COMMENT EST CALCULÉE L'INDEMNITÉ ?

1- En cas d'accident corporel* :

Pour les dommages corporels* entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) inférieure à 5 % et une hospitalisation dans un service de chirurgie* ou une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières*, le versement qui s'ensuit est prévu dans les modalités suivantes :

- Le taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) subsistant après consolidation* des blessures est fixé par notre médecin conseil qui se réfère au barème indicatif d'évaluation des taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) en droit commun - Concours Médical - dernière édition parue à la date de l'expertise médicale.
- En cas d'hospitalisation au moins égale à 5 jours consécutifs dans un service de chirurgie*, il devra nous être fourni un bulletin de situation ainsi que le compte rendu d'hospitalisation détaillant le motif et la nature de la prise en charge chirurgicale dispensée au bénéficiaire*. Ce bulletin de situation devra être remis par le service de chirurgie* du lieu d'hospitalisation.
- Le médecin conseil détermine si l'assuré a besoin de l'assistance* d'une tierce personne*. Il en fixe la durée et la nature.
- L'indemnité est fixée entre vous et nous, par référence au droit commun, c'est à dire selon les modes d'évaluation habituellement retenus par les tribunaux du lieu de domicile* du bénéficiaire*. Elle prend en compte les conséquences des préjudices indemnisés cités ci-dessus dans le paragraphe « Préjudices indemnisés ».
- Lors de l'expertise médicale, vous pouvez vous faire assister à vos frais d'un médecin de votre choix.

• Que se passe-t-il en cas d'aggravation ?

L'aggravation se définit comme une modification des éléments médicaux qui ont servi de base à l'indemnisation initiale. En cas de demande en aggravation, notre médecin conseil procédera à une expertise visant à déterminer les modifications de l'état de santé en rapport direct et certain avec l'accident* et de nature à modifier les conditions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale. Cette modification ouvre droit à indemnisation.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser les plafonds de garantie mentionnés au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties des accidents de la vie de la page 10.

2- En cas de décès :

L'indemnité versée aux bénéficiaires* au titre des préjudices économiques et/ou moraux est déterminée par référence au droit commun.

PRINCIPE DE NON-CUMUL

• Non-cumul des indemnités avec celles perçues par d'autres organismes

L'indemnité versée au titre du présent contrat ne peut pas se cumuler avec les prestations à caractère indemnitaire perçues ou à percevoir, de toute institution, organisme social et de prévoyance* ou non, ou de tout autre contrat d'as-

surance, au titre des mêmes chefs de préjudice. Ces prestations seront portées à notre connaissance par les bénéficiaires* dès lors qu'elles leur sont notifiées par l'organisme débiteur et ont été acceptées par eux. Elles viennent en déduction de l'indemnité due au titre des préjudices indemnisés par le présent contrat et nous verserons le cas échéant le complément aux bénéficiaires*. Même si l'événement objet de la garantie est susceptible de donner lieu à recours contre un tiers, assuré ou non, ou entrer dans le champ d'intervention d'un fonds d'indemnisation, nous intervenons en priorité vis-à-vis de l'assuré victime ou des bénéficiaires* en cas de décès de l'assuré.

• Non cumul des indemnités AIPP* et Décès

Si l'assuré décède des suites de l'accident et postérieurement au versement de l'indemnité due au titre de ses séquelles, les indemnités dues au titre du décès peuvent être versées déduction faite des sommes déjà réglées par nous au titre des postes de préjudices garantis, dans la limite du montant du plafond de garantie. Les indemnités déjà réglées antérieurement au décès, si elles sont supérieures à celles qui sont dues au titre du décès, restent acquises aux bénéficiaires.

4 - LA VIE DE VOTRE CONTRAT

DATE À PARTIR DE LAQUELLE VOUS ÊTES ASSURÉ

Le contrat entre en vigueur à la date d'effet qui figure dans vos Conditions Particulières*. Il en est de même en cas d'avenant*.

DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Après une première période d'un an, votre contrat est reconduit à chaque échéance anniversaire* par tacite reconduction.

ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DE VOTRE CONTRAT

La résidence principale de l'ensemble des bénéficiaires*, doit se situer en France métropolitaine (Corse incluse).

Les garanties de ce contrat s'exercent sur le territoire national, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, à San Marin, au Vatican, au Lichtenstein et en Norvège pendant la période de validité du contrat.

Les garanties de ce contrat s'exercent dans le reste du monde lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

Attention :

Cette territorialité ne concerne pas les garanties d'assistance*. Vous trouverez l'étendue géographique des garanties d'assistance* dans la partie « 2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* » au chapitre « Dispositions générales » de la page 2.

CE QUI PEUT MODIFIER VOTRE CONTRAT

Nous pouvons revaloriser les montants de primes et/ou de garanties indiqués dans vos

Conditions Particulières*. Ces montants peuvent évoluer en fonction de :

- la formule que vous avez choisie,
- la composition de la famille assurée,
- la pratique régulière* de sports à risque : le bobsleigh, la luge de compétition, l'alpinisme, la varappe, la moto neige, le hockey sur glace, la boxe, l'ensemble des sports de vitesse avec engin à moteur (moto, auto, karting), la plongée sous-marine, la spéléologie, l'ensemble des sports aériens notamment le parachutisme, le parapente, le vol de pente, le deltaplane et le kitesurf,
- les résultats techniques : les primes peuvent être révisées à chaque échéance anniversaire* en fonction des résultats techniques d'une catégorie de contrats ou de l'ensemble des contrats en portefeuille.

Dans ce cas, nous vous informons sur les nouveaux montants et sur la date d'application.

Si vous n'acceptez pas cette revalorisation, vous disposez d'un délai de 30 jours pour nous demander la résiliation* de votre contrat. Celle-ci prendra effet 30 jours après l'envoi de votre lettre recommandée.

CHANGEMENTS CONCERNANT VOTRE DÉCLARATION

Que devez vous nous déclarer ?

En cours de contrat, vous devez nous informer de toutes les modifications concernant les événements ci-dessous qui rendent inexacts les déclarations que vous avez faites à la souscription de votre contrat ou lors du dernier avenant* :

- la composition de la famille assurée,
- la pratique régulière* des sports à risque mentionnés ci-dessus au chapitre « Ce qui peut modifier votre contrat ». Cette pratique régulière* entraînera l'application d'une surprime.

Dans quel délai ?

Vous devez déclarer ces modifications dans un délai de 15 jours suivant le moment où vous en avez eu connaissance.

Conséquences de ces changements sur votre contrat

- Si la modification aggrave le risque :
 - soit nous vous proposons un maintien des garanties moyennant une augmentation du montant de votre prime ; si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous la refusez dans un délai de 30 jours, votre contrat sera automatiquement résilié,
 - soit nous résilions votre contrat avec un préavis de 10 jours.

Nous ne pouvons mettre en avant une aggravation des risques pour résilier votre contrat si vous nous avez informés de cette aggravation et que nous avons consenti au maintien des garanties.

- Si la modification diminue le risque :

Nous vous proposons un avenant* maintenant vos garanties avec une réduction de prime ; si nous refusons de réduire la prime, vous pouvez résilier le contrat. Dans ce cas, la résiliation* prend effet 30 jours après sa notification par lettre recommandée.

En cas de résiliation*, nous vous remboursons la prime de la période non courue.

- Si la déclaration est inexacte :

Si la réalité n'est pas conforme aux déclarations figurant sur vos Conditions Particulières*, nous pouvons conformément à la réglementation :

- **soit vous opposer la nullité* de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Code des Assurances),**
 - **soit réduire l'indemnité qui vous est due en cas de sinistre*, puis modifier ou résilier votre contrat avec un préavis de 10 jours (article L. 113-9 du Code des Assurances).**
- Dans ce cas, l'indemnité est réduite proportionnellement au rapport existant entre la prime payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été exacte, sauf cas fortuit ou de force majeure.**

VOTRE PRIME

Le montant de votre prime est calculé en fonction de la formule choisie, du nombre de bénéficiaire(s)* et de la pratique régulière* de sports à risque, conformément aux déclarations faites dans vos Conditions Particulières*. La première année, la prime annuelle et les frais de gestion sont indiqués dans vos Conditions Particulières*.

Les primes suivantes, tout comme les frais de gestion, sont indiqués sur l'avis d'échéance.

CE QUI PEUT INTERROMPRE VOTRE CONTRAT

Vous n'avez pas payé votre prime

À défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime, nous vous adressons une lettre recommandée de mise en demeure qui, sauf paiement dans le délai imparti :

- suspend toutes les garanties du contrat 30 jours après son envoi. Les sinistres qui surviendraient après cette période resteraient à votre charge,
- résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours.

La suspension de la garantie ou la résiliation* pour non paiement de la prime ne vous dispense pas de l'obligation de payer les primes échues ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement éventuels. Si le paiement de votre prime annuelle est fractionné, et que vous ne payez pas une de ces fractions, le fractionnement est supprimé. Vous devez donc immédiatement nous régler toutes les fractions échues et à échoir de l'année d'assurance en cours.

Vous faites l'objet d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire

Si vous faites l'objet d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire, le contrat peut être résilié dans les conditions prévues par la législation en vigueur par l'administrateur judiciaire ou l'Assureur*, le débiteur autorisé par le Juge commissaire ou le liquidateur.

Vous, comme nous pouvons résilier votre contrat à l'échéance annuelle

L'article L. 113-12 du Code des Assurances dispose qu'à l'expiration d'un délai d'un an, le bénéficiaire* peut résilier son contrat à chaque échéance anniversaire*, moyennant un préavis de 2 mois.

L'Assureur* a également cette même faculté.

LES MODALITÉS DE RÉSILIATION*

Si vous en prenez l'initiative, vous devez nous en informer, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'Assureur* dans la localité, soit par lettre recommandée, dans les délais prévus. Le délai de préavis part de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de La Poste faisant foi ou de la date du récépissé. Pour une résiliation* en dehors de l'échéance annuelle, vous devez joindre à la demande un document justifiant le motif invoqué pour la résiliation*. Si nous en prenons l'initiative, une lettre recommandée vous sera adressée à votre dernier domicile* connu, dans les délais prévus au contrat. Le délai de résiliation* court à compter de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Le remboursement de la prime après résiliation*

Si la résiliation* de votre contrat intervient entre deux échéances, nous vous remboursons la part de prime perçue d'avance pour la période non courue.

LA PRESCRIPTION : UN DÉLAI IMPÉRATIF POUR ENGAGER UNE ACTION

Conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des Assurances, pour intenter une action, vous et/ou nous, disposons d'un délai de 2 ans à partir du moment où vous et/ou nous avons eu connaissance de l'événement qui y donne naissance.

Passé ce délai, il y a prescription : toute dette sera éteinte et toute action irrecevable.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption :

- une lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée par nous concernant l'action en paiement de la prime ou par vous concernant le règlement de l'indemnité,
- la désignation d'un expert ; dans ce cas un nouveau délai de deux ans est accordé.

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, c'est-à-dire par une citation en justice, un commandement, une saisie, un acte d'exécution forcée ou par la reconnaissance de la part de l'assureur d'un droit à garantie.

La prescription peut également être interrompue par une cause d'interruption de prescription propre au droit des assurances c'est à dire par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assu-

ré 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les assurés sont les ayants droit de l'assuré décédé.

5 - EN CAS DE SINISTRE

VOS OBLIGATIONS

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez eu connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés.

Au-delà de ces délais, vous perdez tout droit à indemnité si votre retard nous a causé un préjudice, sauf si vous n'avez pas pu les respecter par cas fortuit ou de force majeure.

Comment devez-vous le déclarer ?

Pour nous informer, il suffit dans un premier temps, de contacter notre Centre de Gestion des Sinistres au 09 69 36 45 45 (numéro non surtaxé).

Attention :

Pour faciliter la déclaration par téléphone, munissez-vous des éléments suivants :

- la date, le lieu et les circonstances du sinistre,
- ses causes et ses conséquences,
- l'identité des victimes, le lieu où elles se trouvent et la description de leurs blessures,
- les coordonnées des éventuels témoins.

Quelles informations doivent nous être transmises ?

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, le bénéficiaire* est tenu de déclarer l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant le même risque. Chaque personne qui justifie de la garantie doit nous fournir :

- toute justification utile sur la réalité du dommage subi,
- toute information sur une indemnisation obtenue ou à obtenir d'une institution, d'un organisme social et de prévoyance* ou non, ou de tout autre contrat d'assurance à caractère indemnitaire,
- tous les documents et renseignements qui nous sont utiles pour fixer le montant de l'indemnisation.

Chaque personne qui bénéficie de la garantie doit se soumettre à l'évaluation médico légale réalisée par un médecin diplômé de la réparation du dommage corporel désigné par nous. À défaut, les effets du contrat risquent d'être suspendus à son égard. Elle doit à cette occasion déclarer au médecin que nous avons désigné tout accident* ou maladie antérieurs lui ayant laissé des séquelles physiologiques définitives.

NOS OBLIGATIONS

Règlement de l'indemnité

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'in-

démunition doit être effectuée dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation* ou du décès du bénéficiaire*, à condition que, dans ce délai, la victime ou les bénéficiaires* nous aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive, mais estime que l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) directement imputable à l'accident* dépassera le seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières*, une offre provisionnelle doit être effectuée dans le mois suivant la communication à l'Assureur* du rapport de l'expertise médicale.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois à partir de la date d'acceptation de l'offre.

Procédure d'arbitrage en cas de désaccord avec l'Assureur* sur l'indemnisation

Lors de l'expertise médicale, vous pouvez vous faire assister à vos frais d'un médecin de votre choix.

En cas de désaccord, les parties peuvent décider de confier l'expertise à un médecin agissant en qualité de tiers expert.

Les parties partagent alors, à égalité, les frais de sa rémunération.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent convenir de faire désigner un médecin par le président du Tribunal de Grande Instance (TGI).

Le président du TGI est saisi aux frais de la société d'assurance, par requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Le médecin expert doit adresser un double du rapport de l'expertise médicale au bénéficiaire* dans les 20 jours suivant l'examen.

LA SUBROGATION : TRANSMISSION DE VOS DROITS ET ACTIONS

Dès le paiement de l'indemnité ou le remboursement des frais engagés lors de la mise en œuvre d'une garantie d'assistance*, les droits et actions du bénéficiaire* indemnisé ou de ses ayants droit si ce dernier est décédé nous sont transmis. On dit dans ce cas qu'il y a subrogation. Nous agissons alors à la place du bénéficiaire* indemnisé ou de ses ayants droit et pouvons tenter un recours, c'est-à-dire une demande de remboursement, contre le(s) tiers* responsable(s) des dommages corporels* causés aux bénéficiaires* désignés aux Conditions Particulières*.

Cette subrogation est limitée au montant de l'indemnité que nous avons versé aux bénéficiaires* ou à ses ayants droit (article L. 121-12 du Code des Assurances).

Si le bénéficiaire* indemnisé ou ses ayants droit renonce à exercer un recours contre le(s) responsable(s) des dommages corporels* causés et indemnisés, nous y renonçons également. Nous nous retournons alors directement contre l'assureur du/des responsable(s).

Si la subrogation ne peut plus s'opérer du fait du bénéficiaire* ou de ses ayants droit alors qu'elle aurait pu être exercée, nous sommes déchargés de toute obligation à leur encontre.

TABLEAU DES PLAFONDS D'INDEMNISATION

Ce tableau complète à titre indicatif les Conditions Générales* et les Conditions Particulières*.

Tableau des plafonds d'indemnisation des garanties d'assistance*

Garanties	Plafonds d'indemnisation
En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 1 jour	
- Garde des animaux de compagnie	229 € TTC par période d'hospitalisation
En cas d'immobilisation imprévue* au domicile* supérieure à 3 jours	
- Séjour à l'hôtel	46 € TTC par nuit dans la limite de 92 € TTC
En cas d'accident* garanti survenu lors de déplacement(s)	
- Remboursement des frais de secours, de recherche et de sauvetage	230 € TTC
- Prise en charge complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger	16 € TTC minimum dans la limite de 3 812 € TTC par événement
- Prise en charge des frais dentaires à l'étranger	46 € TTC
En cas de décès	
Rapatriement ou transport du corps	763 € TTC
Séjour à l'hôtel d'un membre de la famille	45 € TTC par nuit dans la limite de 450 € TTC

Tableau des plafonds d'indemnisation des garanties des accidents de la vie

Garanties	Plafonds d'indemnisation
Préjudices indemnisés	
• Dommages corporels* entraînant une l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières*	1 000 000 € par victime bénéficiaire* et par événement
dont Perte de gains professionnels actuels (PGPA)	50 000 €
• Dommages corporels* entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) inférieure à 5 % et une hospitalisation au moins égale à 5 jours consécutifs dans un service de chirurgie*, si ce seuil est indiqué dans vos Conditions Particulières*	15 000 € par victime bénéficiaire* et par événement
• Décès	1 000 000 € par victime bénéficiaire* et par événement

6 - VOUS SOUHAITEZ NOUS CONTACTER

AVEC VOTRE BANQUE OU BPCE ASSURANCES

Dans ce cas, vous pouvez consulter votre conseiller bancaire habituel ou contacter le Service Relations Clientèle de votre banque. Vous avez également la possibilité de contacter le N° CRISTAL 09 69 36 45 45 (appel non surtaxé)

En cas de réclamation :

Vous pouvez adresser un courrier à :

BPCE Assurances
Service Réclamations
TSA 20009
33700 MERIGNAC

Ce service vous aidera à trouver une solution. Si toutes les voies de recours ont été épuisées, adressez-vous au Service Médiation du GEMA 9 rue de Saint Pétersbourg 75008 PARIS. Le Médiateur GEMA peut être saisi par l'Assuré* ou par la société d'assurance. Chaque Assuré* peut présenter au maximum deux saisines du Médiateur par an.

AVEC L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de notre société BPCE Assurances est la suivante :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61, rue Taitbout
75436 Paris cedex 09

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Loi du contrat

- Les parties choisissent d'un commun accord d'utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles et de rédiger les présentes dispositions contractuelles en langue française.
- La loi applicable à la présente convention est la loi française. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

Démarchage à domicile - conclusion du contrat à distance

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires

7 - LEXIQUE

révolus pour renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Conformément à l'article L. 112-9 du même Code, cette faculté de renonciation peut également être exercée par toute personne physique faisant l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle.

Modèle :

« Je soussigné(e) (nom et prénom) _____, né(e) le _____, demeurant _____ déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance Garantie des Accidents de la Vie n° _____ que j'ai souscrit en date du _____ auprès de _____, et demande le remboursement des sommes versées.
Fait à : _____, le _____

Signature :

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » »

Les sommes versées à la souscription sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre. Conformément à la législation en vigueur, le droit de renonciation ne s'applique pas en cas de mise en œuvre du contrat (versement d'une prestation), à la demande expresse de l'Assuré*, pendant le délai légal de renonciation.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Le présent contrat est régi par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Les données à caractère personnel recueillies concernant l'Assuré sont nécessaires et ont pour finalités la gestion du contrat, la gestion du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Assureur et/ou à la banque. Certaines informations peuvent être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. L'Assureur et/ou la banque est autorisé(e) par l'Assuré à communiquer les informations le concernant à des sous-traitants et/ou des prestataires pour des besoins de gestion. Il est également susceptible de communiquer certaines informations nominatives à ses réassureurs aux fins exclusives de gestion du contrat ; ce que l'assuré autorise expressément. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès de l'Assureur.

L'Assuré a la possibilité de s'opposer, sans frais, à ce que les informations le concernant soient utilisées notamment à des fins de prospection commerciale par l'Assureur ou par ses partenaires commerciaux. L'Assuré peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition au siège social de l'Assureur.

- **Accident** : Tout événement soudain et imprévisible, individuel ou collectif, du à une cause extérieure.
- **Bénéficiaire** : Toute personne mentionnée comme tel dans les Conditions Particulières* ou en cas de décès, ses ayants droit.
- **Dommage corporel** : Dommage portant atteinte à l'intégrité de la personne et entraînant soit des blessures, soit le décès, soit les deux successivement.
- **Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique** : Incapacité à effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne et pouvant nécessiter la présence d'une tierce personne* pour aider à accomplir les dits actes.
- **Activités extra-scolaires** : Les activités extra-scolaires regroupent les activités éducatives, culturelles, sportives ou de loisirs autres que scolaires exercées dans le cadre de la vie privée au sein de clubs, d'associations ou même d'établissements péri scolaires (centres aérés...).
- **Assureur** : BPCE ASSURANCES 88, avenue de France 75641 Paris Cedex 13. L'Assureur est généralement désigné par le terme « nous » excepté dans la partie « 2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* » des présentes Conditions Générales*.
- **Assistance** : Les prestations de la convention d'assistance souscrite par BPCE ASSURANCES sont mises en œuvre par INTER MUTUELLE ASSISTANCE (GIE au capital de 3 547 170 € inscrit au RCS de Niort sous le n° C 433 240 991 ayant son siège social 118, avenue de Paris 79000 NIORT). L'Assisteur est généralement désigné par le terme « nous » dans la partie « 2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* » des présentes Conditions Générales*.
- **Assistance par tierce personne** : Aide humaine destinée à compenser la perte d'autonomie résultant d'une réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel subie par la victime et l'empêchant d'effectuer seule certains actes de la vie courante.
- **Avenant** : Document établi pour constater qu'une modification est apportée au contrat (changement d'adresse, agrandissement de la famille etc.).
- **Conditions Générales** : Document contractuel qui forme, avec les Conditions Particulières* votre contrat d'assurance. Elles définissent l'étendue des garanties proposées (événements garantis, conditions, exclusions) et nos engagements réciproques (conditions d'indemnisation, durée de vie du contrat, règlement des primes, résiliation*...).
- **Conditions Particulières** : Document contractuel qui forme, avec les Conditions Générales*, votre contrat d'assurance. C'est le document que vous avez signé lors de la souscription du contrat ou en cas d'avenant* et qui précise les bénéficiaires*, leurs garanties et leur seuil de déclenchement.
- **Conjoint** : Époux ou épouse, concubin ou concubine, ou la personne liée au bénéficiaire* par un pacte civil de solidarité.

- **Consolidation** : Moment où les lésions ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice.
- **Domicile** : Lieu de résidence principale en France métropolitaine.
- **Échéance anniversaire** : Date anniversaire à laquelle votre contrat est reconduit.
- **Enfant fiscalement à charge** : Enfant mentionné sur la déclaration d'impôt sur le revenu du bénéficiaire*.
- **Enfant économiquement à charge** : Sont considérés comme tels, les enfants n'habitants pas au foyer du bénéficiaire* ou de son conjoint*/concubin mais percevant une pension alimentaire de la part de ceux-ci, les étudiants non assujettis à l'impôt sur le revenu, les enfants habitant au foyer du bénéficiaire* ou de son conjoint*/concubin et dont l'ensemble des revenus (salaires, allocations diverses...) sur les 12 mois précédant l'accident n'excède pas le SMIC mensuel.
- **Hospitalisation dans un service de chirurgie** : Séjour dans un hôpital public ou privé ou clinique assurant des actes chirurgicaux et dans lequel le bénéficiaire* a subi un acte chirurgical.
- **Immobilisation imprévue** : Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident* constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile* prescrit par un médecin. INTER MUTUELLE ASSISTANCE se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile* avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance*.
- **Nullité** : Annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé.
- **Organismes sociaux et de prévoyance** : Organismes qui interviennent dans le versement de prestations à titre indemnitaire (organismes sociaux obligatoires ou complémentaires comme la Sécurité Sociale, les régimes sociaux des fonctionnaires, les complémentaires santé,... mais aussi les employeurs) consécutives à l'accident* en cause. Leurs prestations viennent en déduction des indemnités que nous vous devons.
- **Pratique régulière (pour les sports à risque)** : Il y a pratique régulière* lorsque le bénéficiaire* est adhérent à un club ou licencié à une fédération pour la pratique d'un ou de plusieurs sports.
- **Préjudice esthétique permanent** : L'ensemble des disgrâces physiques imputables à l'accident* et persistant après consolidation*. Il est qualifié médicalement selon une échelle de 0 à 7.
- **Préjudice d'agrément** : Impossibilité définitive d'exercer une activité spécifique de loisir, exercée auparavant de manière régulière et soutenue.
- **Résiliation** : Acte qui entraîne la cessation des effets du contrat.
- **Souffrances endurées** : Souffrances physiques, psychiques ou morales supportées par vous depuis l'accident* jusqu'à sa consolidation*. Elles sont qualifiées médicalement selon une échelle de 0 à 7.

Des questions sur les garanties de votre assurance ou sur la gestion de votre contrat, un sinistre à nous signaler, appelez au

▶ N°Cristal 09 69 36 45 45

APPEL NON SURTAXE



BPCE ASSURANCES - 05/2014 - Réf. BPCEA. 871 A - EdEp : 05.2014.30895/18887



CAISSE D'ÉPARGNE

Votre assureur : BPCE Assurances, entreprise régie par le code des assurances, filiale d'assurance non vie du Groupe BPCE pour le compte du réseau Caisses d'Épargne et Banques associées - Société Anonyme au capital de 61 996 212 Euros.
Siège social, 88 avenue de France 75641 Paris Cedex 13 - RCS Paris n°B350 663 860