

Assurance
GAV |



■ ■ ■

**■ VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE
GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE « GAV » ■**

A l'exception des garanties d'assistance, votre contrat est régi par le Code des Assurances, qui regroupe l'ensemble des textes régissant l'activité de l'assurance, notamment les obligations de l'assuré et de l'assureur.

Toutefois, les dispositions des articles L.191-7 et L.192-3 ne sont pas applicables pour les risques situés dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Votre contrat se compose :

- Des présentes Dispositions Générales (DG) qui définissent les garanties d'assurances et les prestations d'assistance proposées et leurs conditions d'application. Elles précisent les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement du contrat, en particulier nos droits et obligations réciproques.

- Des Dispositions Particulières (DP) qui sont établies à partir des déclarations que vous avez faites au moment de la souscription. Elles personnalisent l'assurance en l'adaptant à votre situation. Y sont définis, notamment, l'identité du souscripteur, les personnes assurées, la nature des garanties souscrites, les franchises éventuellement applicables, les clauses particulières qui régissent votre contrat, le coût de l'assurance.

Les dispositions communes de votre contrat s'appliquent pour les garanties, sauf dispositions contraires prévues au contrat.

Les garanties d'assurance que vous avez souscrites sont couvertes par l'Assureur mentionné sur vos Dispositions Particulières.

Les prestations d'Assistance sont assurées par :

**FRAGONARD ASSURANCES
SA au capital de 37 207 660 € - RCS PARIS 479 065 351
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 2, rue Fragonard
75 017 PARIS**

Et mises en œuvre par :

**AWP France SAS
SAS AU CAPITAL DE 7 584 076, 86 € - RCS Bobigny 490 381 753
Siège social : 7 rue Dora Maar
93400 SAINT-OUEN
Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07 026 669
<http://www.orias.fr/>
Ci-après dénommée l' « Assisteur »**

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de notre société, des assureurs, réassureurs et des organismes professionnels (Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978).

■ ■ ■

SOMMAIRE

LE TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS	4
LE LEXIQUE	5
OBJET DE VOTRE CONTRAT	7
Article 1 : Des solutions adaptées à chaque situation	7
Article 2 : Une meilleure sécurité financière en cas de dommages corporels	7
Article 3 : Une assistance immédiate	7
LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE	7
Article 4 : Evénements garantis	7
a) Un accident de la vie privée	7
b) Un accident médical	7
c) Un accident dû à un attentat ou à une infraction	7
d) Un accident de la circulation au cours de la vie privée	7
Article 5 : Où s'exercent les garanties	7
Article 6 : Période de validité des garanties	7
Article 7 : Les garanties et prestations	8
a) En cas de décès	8
b) En cas d'invalidité permanente	8
Article 8 : Le calcul des indemnités	8
a) En cas de décès	8
b) En cas d'invalidité permanente	8
Article 9 : Les conditions d'attribution des frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule	9
Article 10 : Le plafond d'indemnisation de la garantie des accidents de la vie	10
Article 11 : Que se passe-t-il en cas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré ?	10
Article 12 : Les indemnités d'invalidité et de décès ne se cumulent pas	10
Article 13 : L'accompagnement extra-médical	10
Article 14 : Que se passe-t-il en présence d'un tiers responsable	11
Article 15 : Quelles sont les créances des tiers payeurs déductibles versées à l'occasion de l'accident ?	11
Article 16 : Quand les indemnités sont-elles versées ?	11
CE QUE LE CONTRAT NE GARANTIT JAMAIS	11
Article 17 : les exclusions générales	11
EN CAS DE SINISTRE	12

Article 18 : Ce qu'il faut faire	12
Article 19 : Que se passe-t-il si vous ne respectez pas vos obligations ?	12
Article 20 : Ce que vous devez savoir	12
Article 21 : Ce que l'assureur s'engage à faire	12
Article 22 : L'assureur est subrogé dans vos droits	12
Article 23 : La prescription	13

LA VIE DE VOTRE CONTRAT	13
Article 24 : La prise d'effet et la durée de votre contrat	13
Article 25 : Votre cotisation	14
Article 26 : Les déclarations que vous devez faire	15
Article 27 : La résiliation du contrat	15
Article 28 : La renonciation	15
Article 29 : Examens des réclamations	15
Article 30 : Appel non surtaxé	16
Article 31 : Autorité de contrôle	16
Article 32 : Loi informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978)	16
Article 33 : Convention de preuve	16
Article 34 : Courrier électronique	17

CONVENTION D'ASSISTANCE	17
Article 35 : Objet de LA CONVENTION	17
Article 36 : définitions spécifiques à l'assistance	17
Article 37 : Territorialité	18
Article 38 : Durée de validité	18
Article 39 : Les prestations d'assistance en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue au domicile d'un adulte suite à un accident garanti	18
Article 40 : Prestations en cas d'accident survenant hors du domicile au-delà de 50km et à l'Étranger	20
Les exclusions SPECIFIQUES	20
Article 41 : Prestations spéciales pour enfant hospitalisé ou immobilisé au domicile suite à un accident garanti	21
Article 42 : Prestations spéciales en cas de difficulté à reprendre la vie professionnelle suite à un accident garanti	22
Article 43 : Prestations spéciales en cas de séquelles handicapantes lourdes suite à un accident garanti	22
Article 44 : La vie pratique	22
Article 45 : Dispositions Générales	23
Article 46 : Les exclusions générales	24

LE TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Les prestations distinguent les préjudices les plus légers, associés à l'exclusion de certaines circonstances, des préjudices les plus graves pour lesquels la couverture est élargie.

SYNTHESE DES OFFRES PROPOSEES

PRESTATIONS	GAV N°1	GAV N°2
EN CAS DE DECES⁽¹⁾		
Préjudice économique des proches	✓	✓
Préjudice d'affection	✓	✓
EN CAS D'INVALIDITE⁽¹⁾ ≥ 1% ET < 30% D'AIPP⁽²⁾ Pour les conséquences mêmes légères d'un accident hors "accident d'effort, choc émotionnel ou alcoolisme"		
Invalidité Permanente		✓
Préjudice Esthétique Permanent (Seuil d'intervention à partir de 4)		✓
EN CAS D'INVALIDITE⁽¹⁾ ≥ 30% D'AIPP Pour les conséquences les plus graves d'un accident		
Déficit Fonctionnel Permanent	✓	✓
Préjudice Esthétique Permanent	✓	✓
Pertes de Gains Professionnels Futurs	✓	✓
Frais d'assistance permanente d'une tierce personne	✓	✓
Frais d'aménagements du domicile et/ou du véhicule adapté	✓	✓
Préjudice résultant des souffrances endurées	✓	✓
Préjudice d'agrément	✓	✓
Accompagnement Extra Médical ⁽³⁾	✓	✓
Assistance	Incluse	Incluse

(1) Le plafond des indemnités est d'un million d'euros (1 000 000 €) par assuré, hors "Assistance".

(2) Taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)

(3) L'Assureur met à disposition de l'Assuré pour toute invalidité supérieure ou égale à 30%, une équipe pluridisciplinaire qui recherche les mesures extra-médicales pour l'aménagement du domicile ou du véhicule lorsqu'elles sont médicalement nécessaires, et susceptibles de favoriser la réinsertion de l'Assuré dans son cadre de vie. Cette garantie couvre les frais et honoraires de diagnostic et d'étude de cette équipe.

Ce sont vos Dispositions Particulières signées qui traduisent vos choix : formules et options applicables.

LE LEXIQUE

Accident : Tout événement soudain, imprévu, extérieur à la personne lésée constituant la cause de dommages corporels, et survenu entre la prise d'effet du contrat et sa résiliation.

Ne relève pas de la vie privée de l'assuré, les accidents de trajet ou de la circulation assimilés à des accidents du travail.

Accident d'Effort : Lumbago, hernie (pariétale, musculaire, ou discale), déchirure musculaire, entorse, causé par un choc, une chute, un faux mouvement, le soulèvement d'une charge, à l'occasion d'un geste sportif ou de toute activité de la vie quotidienne ou de loisir.

Accident Médical : Ce sont les accidents causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à 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.

Les conséquences dommageables sur la santé doivent être anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause pour laquelle l'acte a été pratiqué et de l'état antérieur. Le contrat couvre les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 1er janvier 2000.

Agression : Meurtre, tentative de meurtre, coups et blessures, violence ou menace grave (physique ou psychologique), dûment établis sur l'assuré.

Assistance permanente d'une tierce personne : Assistance allouée dès lors que la victime, en raison de son invalidité permanente, doit avoir recours à l'aide d'une tierce personne pour assurer les actes essentiels de la vie courante.

Assuré : La ou les personnes désignées comme telles aux Dispositions Particulières, âgée(s) de moins de 66 ans au jour de la souscription.

- Formule « Individuelle » : l'assuré souscripteur du contrat ;
- Formule « Famille » : l'assuré, l'ensemble des personnes suivantes :
 - Le souscripteur du contrat,
 - Son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou son concubin(e) ou la personne liée au souscripteur par un PACS,
 - Leurs enfants vivant en permanence et à titre gratuit au domicile principal du souscripteur ou fiscalement à charge,
 - Leurs enfants célibataires, ou non liés par un PACS, ne vivant pas en permanence au domicile principal du souscripteur :
 - S'ils sont mineurs et que le parent ayant la qualité d'assuré n'en a pas la garde.
 - S'ils sont scolarisés, étudiants ou apprentis.
 - S'ils sont handicapés, titulaires d'une carte d'invalidité.
 - S'ils effectuent leur service civil volontaire.

- Les petits enfants mineurs gardés gratuitement et de façon non permanente par leurs grands-parents souscripteurs.

Assureur : Compagnies d'assurances mentionnées aux Dispositions Particulières de votre contrat.

Attentat : Tout acte de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Autrui : Personne ne répondant pas à la définition d'assuré.

Avenant : Document constatant une modification du contrat.

Barème Concours Médical du Droit Commun Français : Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité utilisé par le médecin expert pour déterminer le taux d'AIPP de l'assuré en dehors de considération professionnelle - Il est publié par la revue le Concours médical créé en 1879 et entièrement consacré à la médecine - site créé en avril 2013 <http://www.concoursmedical.com>

Bénéficiaire(s) :

- En cas d'invalidité Permanente d'un assuré (consécutif à un accident couvert par le contrat) : l'assuré victime de l'accident lui-même ;
- En cas de décès d'un assuré (consécutif à un accident couvert par le contrat) : les personnes physiques justifiant avoir un préjudice moral et/ou économique direct du fait de l'assuré, **à l'exception des personnes ayant volontairement causé des dommages à la victime assurée.**

Choc Emotionnel : Emotion brusque et intense, liée à l'accident, à laquelle le sujet ne peut s'adapter immédiatement et causant un traumatisme violent constaté médicalement et dont résultent les troubles physiques ou atteintes psychologiques de la victime. **Le contrat ne peut jouer que si les éléments constitutifs de l'accident sont réunis.**

Concubin : Celui qui est en communauté de vie avec le souscripteur y compris une communauté économique au sens du PACS.

Consolidation : Moment où l'état de la victime n'est plus susceptible d'une évolution notable sous l'effet d'un traitement quelconque et où la lésion prend un caractère permanent.

Déchéance : Perte du droit à indemnité pour un sinistre, à la suite du non-respect de votre part de certaines dispositions du contrat.

Dispositions Générales : Document qui concerne tous les souscripteurs du contrat et qui précise les garanties proposées ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.

Dispositions Particulières : Document que vous avez signé à la souscription ou en cas d'avenant et qui précise l'identité du souscripteur, celle du ou des assurés ainsi que les garanties choisies.

Domicile : Résidence principale en France Métropolitaine du souscripteur ou de l'assuré, occupée pendant au minimum six mois et un jour dans l'année et correspondant pour l'administration fiscale, au centre de leurs intérêts économiques ou familiaux.

Domage corporel : Atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Domage immatériel : Préjudice pécuniaire consécutif à un dommage corporel ou matériel.

Échéance anniversaire : Date de renouvellement du contrat pour lequel une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due.

Frais d'aménagements du domicile et/ou du véhicule adapté : Dépenses nécessitées par l'adaptation de l'habitation et/ou du véhicule de l'assuré. Leurs prises en charge sont conditionnées par la constatation de l'expertise médicale du caractère définitif des déficits fonctionnels qu'ils visent à compenser.

Invalidité Permanente : C'est la réduction définitive, en raison d'un handicap physique ou psychique, des capacités physiques, sensorielles ou intellectuelles de l'assuré. Cet état doit être constaté par une autorité médicale. Il se traduit par le taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP).

Jours ouvrés : Tous les jours sauf les samedis, dimanches et jours fériés.

Mécontentement : Incompréhension définitive de l'assuré, ou désaccord, sur la réponse ou la solution apportée, avec manifestation d'un sentiment d'injustice subie, exprimée dans le cadre d'une Réclamation. L'injure ou l'insulte n'est pas considérée contractuellement comme l'expression d'un mécontentement.

Pertes de gains professionnels futurs : Perte ou diminution des revenus professionnels de l'assuré consécutive à l'incapacité permanente à compter de la consolidation.

Préjudice d'affection : Souffrance morale des parents proches ou par des personnes physiques ayant un lien affectif réel et établi résultant du décès de l'assuré.

Préjudice d'agrément : Préjudice résultant du fait d'être dans la difficulté, voire l'impossibilité, de continuer à exercer une ou plusieurs activités de loisirs (activités sportives, artistiques, culturelles, associatives...), pratiquées avant l'accident.

Déficit fonctionnel permanent : Réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable à laquelle s'ajoutent les douleurs permanentes et les répercussions psychologiques après consolidation.

Préjudice économique des proches : Incidence financière subie par les proches du fait du décès de la victime, correspondant aux frais d'obsèques, à la perte de revenus des proches et aux frais divers des proches.

Préjudice esthétique permanent : Atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer, de

manière permanente et persistante l'apparence physique de la victime, classé sur une échelle de gravité de 1 le plus léger à 7 le plus grave.

Réclamation : Déclaration actant, par téléphone, par courrier, par mail ou en face à face, le mécontentement d'un client envers l'assureur.

Seuil d'invalidité : Taux minimum d'invalidité permanente indiqué aux Dispositions Particulières et requis pour bénéficier des garanties prévues au contrat.

Sinistre : Réalisation de l'événement susceptible de mettre en jeu l'une des garanties du contrat.

Souffrances endurées : Souffrances physiques, psychiques et morales subies par la victime entre l'accident et la consolidation, cette souffrance est quantifiée sur une échelle de gravité de 1 le plus léger à 7 le plus grave.

Souscripteur : Personne qui a conclu le contrat avec l'assureur. "Vous" désigne le souscripteur dans le contrat.

Sportif Professionnel ou Amateur Rémunéré : Le sportif professionnel rémunéré est celui qui, ayant cessé d'être soumis à une obligation de scolarité, s'engage à se préparer ou à participer à une compétition ou à une exhibition sportive sous l'autorité d'une autre personne, dans le cadre d'un contrat de travail, moyennant une rémunération dans laquelle sont pris en considération les primes, avantages en nature, remboursement de frais. Pour l'application de ce contrat, est assimilé à un sportif professionnel, le sportif de haut niveau, ayant cessé d'être scolarisé, et participant dans le cadre d'une convention rémunérée, aux compétitions ou exhibitions.

OBJET DE VOTRE CONTRAT

Un accident peut vous causer des dommages corporels invalidants et compromettre ainsi tant votre sécurité financière que celle de votre famille. Par-delà l'urgence, il désorganise également souvent votre vie quotidienne.

ARTICLE 1 : DES SOLUTIONS ADAPTEES A CHAQUE SITUATION

Pour une prise en charge face au risque des accidents de la vie privée pour vous ou pour tous les membres de votre foyer, votre contrat « Garantie des Accidents de la Vie (GAV) » a pour objet de vous couvrir contre des accidents plus ou moins invalidants. Vous pouvez opter pour :

- GAV n°1 : uniquement des accidents de la vie privée les plus graves ;
- GAV n°2 : tous les accidents de la vie privée, y compris ceux de moindre gravité, étant précisé que pour ces derniers, en cas d'invalidité inférieure à 30%, la prise en charge est subordonnée aux circonstances de l'accident.

ARTICLE 2 : UNE MEILLEURE SECURITE FINANCIERE EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS

Le contrat annuel à tacite reconduction GAV a pour objet de garantir et d'assister les personnes assurées, durant leur vie privée, en cas de survenance d'accident corporels, pendant la période de validité du contrat et sous réserve du paiement des cotisations ;

Les sommes versées revêtent, pour tout dommage d'où résulte une invalidité permanente à partir de 30% AIPP, un caractère indemnitaire et de ce fait :

- Ne peuvent pas se cumuler avec d'autres prestations à caractère indemnitaire au titre des mêmes préjudices.
- Sont versées au titre d'une avance sur recours, dans les limites de nos prestations, contre l'éventuel tiers responsable, (partiellement ou totalement), assuré ou non au contrat et /ou son assureur responsabilité civile.

Le contrat "**GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**" a pour objet d'assurer dans ce cas un relais financier jusqu'à l'expiration des délais nécessaires à l'aboutissement de votre recours amiable voire du contentieux que l'assuré ou son représentant aura engagé.

ARTICLE 3 : UNE ASSISTANCE IMMEDIATE

Afin de vous permettre de faire face à la situation d'urgence que constitue un accident corporel, l'Assisteur met à votre disposition ses services.

LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE

ARTICLE 4 : EVENEMENTS GARANTIS

a) Un accident de la vie privée

Tout événement de la vie courante, soudain et imprévu, individuel ou collectif, dû à des causes extérieures, y

compris les catastrophes naturelles, industrielles ou technologiques.

b) Un accident médical

Ce sont les accidents causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à 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.

L'accident médical assuré est un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical qui a eu des conséquences dommageables pour la santé d'un assuré. Ces conséquences doivent être anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause pour laquelle l'acte a été pratiqué et de l'état antérieur.

c) Un accident dû à un attentat ou à une infraction

Ce sont les accidents causés à l'occasion d'actes volontaires ou non, qui présentent le caractère matériel d'une infraction.

d) Un accident de la circulation au cours de la vie privée

Ce sont les accidents dans lesquels est impliqué un véhicule terrestre à moteur et dont vous pouvez être victime en tant que passager, cycliste, roller ou piéton.

Ne relèvent pas de la vie privée de l'assuré, les accidents de trajet ou de circulation assimilés à des accidents du travail.

Toutefois, la garantie n'est pas acquise lorsque l'assuré conduit un véhicule terrestre à moteur.

ARTICLE 5 : OU S'EXERCENT LES GARANTIES

Les garanties s'exercent en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-Mer – Collectivités d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre et Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Lichtenstein, à San Marin, au Vatican et en Norvège.

Elles sont étendues au monde entier, pour les séjours :

- De moins d'un an lorsqu'il s'agit des enfants du souscripteur, de ceux de son conjoint ou concubin ou de la personne liée au souscripteur par un PACS,
- De moins de 3 mois continus pour les autres personnes ayant la qualité d'assuré.

Cette extension ne concerne pas l'organisation et la prise en charge des frais liés à l'interruption de scolarité.

Le droit applicable est le droit français. Il s'applique tant pour interpréter les clauses contractuelles que pour définir les modalités d'indemnisation, quel que soit le lieu de l'accident.

ARTICLE 6 : PERIODE DE VALIDITE DES GARANTIES

Les garanties du contrat d'assurance s'appliquent, sous réserve du paiement des cotisations :

- Aux accidents de vie privée : les dommages consécutifs à un accident de la vie privée dont le fait générateur est

intervenu entre le jour de la prise d'effet du contrat indiquée aux Dispositions Particulières et sa résiliation.

- Aux accidents Médicaux : les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 1er janvier 2000.
- Aux Attentats ou Infractions : les dommages dont le fait générateur est intervenu entre le jour de la prise d'effet du contrat indiquée aux Dispositions Particulières et sa résiliation.

ARTICLE 7 : LES GARANTIES ET PRESTATIONS

a) En cas de décès

En cas de décès de l'assuré suite à un accident, l'assureur indemnise :

- le préjudice économique des proches,
 - le préjudice d'affection,
- subi par les bénéficiaires, c'est à dire par les personnes physiques justifiant avoir un préjudice moral et/ou économique direct du fait du décès de l'assuré, **à l'exception des personnes ayant volontairement causé des dommages à la victime assurée.**

En cas d'accident garanti ayant causé le décès d'une personne assurée et l'invalidité d'une autre assuré au titre du présent contrat, l'indemnité versée à la personne assurée atteinte de cette invalidité se cumule avec l'indemnité qui peut lui être due en sa qualité de bénéficiaire, dans la limite du plafond contractuel propre à chacune de ces garanties et du plafond par assuré victime.

b) En cas d'invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente de l'assuré suite à un accident, l'assureur l'indemnise.

La gravité de l'invalidité permanente est traduite par un pourcentage allant de 1 à 100 et appelé taux AIPP. Plus les séquelles de l'accident sont grandes, plus le taux est élevé.

Si le taux AIPP est supérieur à 1 % et inférieur à 30 % et si le souscripteur a choisi la garantie des accidents de la vie N°2, l'assureur prend en charge forfaitairement :

- l'invalidité permanente par application du barème figurant au tableau 1, page 8,
- le préjudice esthétique permanent à partir d'une qualification de 4 par application du barème tableau 2, page 8.

Ne sont pas indemnisées les conséquences :

- d'accidents d'efforts,
- de chocs émotionnels
- en cas d'accident de circulation, lorsque au moment du sinistre, la cause exclusive de l'accident est que l'assuré se trouve sous l'emprise d'un état alcoolique ou en état d'ivresse constaté en vertu de l'article R234-1 du code de la route ou de médicaments, de drogue, de stupéfiants ou produits assimilés, non prescrits médicalement.

Si le taux AIPP est supérieur ou égal à 30 %, l'assureur indemnise :

- le déficit fonctionnel permanent ;

- les pertes de gains professionnels futurs ;
- les frais d'assistance permanente à l'assuré invalide par une tierce personne ;
- le préjudice esthétique permanent ;
- le préjudice d'agrément ;
- le préjudice résultant des souffrances endurées ;
- les frais d'aménagements du domicile et/ou du véhicule adapté dans la mesure où il est établi médicalement qu'ils sont nécessaires.

ARTICLE 8 : LE CALCUL DES INDEMNITES

Dans tous les cas l'assureur intervient dans les limites fixées dans vos Dispositions Particulières, seules les prestations indiquées sont indemnisables.

a) En cas de décès

L'indemnisation des préjudices économiques et d'affection subis par les bénéficiaires est calculée selon les modes d'indemnisation retenus par les tribunaux

b) En cas d'invalidité permanente

➤ Comment est déterminé le taux d'invalidité permanente ?

Le taux d'invalidité permanente est fixé par le médecin expert de l'Assureur dès que l'état de l'assuré est consolidé, c'est-à-dire lorsque les séquelles de l'accident ont été jugées irréversibles.

En cas d'invalidité existant antérieurement à la prise d'effet, l'invalidité garantie est évaluée en prenant en compte uniquement l'aggravation imputable directement à l'accident.

Le médecin expert se réfère au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun publié par le Concours Médical (dernière édition parue à la date de l'expertise) et habituellement retenu par les tribunaux. Le médecin expert détermine si l'assuré a besoin de l'assistance permanente d'une tierce personne. Il en fixe la nature et la durée.

En cas d'accident survenant à l'étranger, (c'est-à-dire hors de France Métropolitaine) les premières constatations des autorités médicales ou professionnels de santé étrangers, sont communiquées s'il y a lieu par un réseau de télémédecine ou sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'assureur, donnant l'indication d'un risque d'invalidité permanente. **La réalité et la mesure de cette invalidité sont appréciées en France Métropolitaine. La fixation définitive du taux d'invalidité permanente et des droits aura lieu après le retour en France Métropolitaine ou Monaco. L'assuré victime de l'accident s'engage à se soumettre à tout examen ou expertise médicale.** L'assuré victime de l'accident ou ses proches devront transmettre au médecin expert, toutes les pièces médicales qui pourraient être nécessaires à l'appréciation de l'état de santé de l'assuré victime de l'accident. Lors de l'expertise médicale, l'assuré victime de l'accident peut se faire assister à ses frais d'un médecin de son choix. Pour éviter tout risque de conflit d'intérêt, si l'accident implique la responsabilité d'une personne assurée par l'Assureur pour cette responsabilité, l'assureur prend à sa charge l'expert choisi par la victime de l'accident.

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

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.

Le Président du Tribunal de Grande Instance est saisi aux

frais de l'assureur, par requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

➤ **En cas d'invalidité permanente supérieure ou égale à 1% et inférieure à 30% AIPP :**
Les indemnités sont calculées de la façon suivante :

Barème d'indemnisation de l'incapacité permanente (tableau ci-après).

Le barème servant à la détermination de la valeur du point est celui de l'Assureur figurant ci-dessous.

La valeur du point d'incapacité permanente est celle qui résulte du tableau en vigueur à la date du règlement.

Tableau en vigueur (année 02-2014 - valeurs exprimées en euros).

Taux d'AIPP*	Moins de 20 ans	20 ans à moins de 40 ans	40 ans à moins de 50 ans	50 ans à moins de 60 ans	60 ans à moins de 70 ans	70 ans et plus
1 %	855	852	807	805	765	714
2 %	928	892	842	810	776	734
3 %	996	962	906	866	812	745
4 %	1 060	1 035	971	924	849	755
5 %	1 121	1 106	1 036	984	886	767
6 %	1 180	1 176	1 099	1 043	920	779
7 %	1 239	1 245	1 162	1 101	953	792
8 %	1 296	1 313	1 224	1 157	984	805
9 %	1 352	1 381	1 285	1 213	1 016	819
10 à 14 %	1 404	1 445	1 345	1 269	1 045	834
15 à 19 %	1 680	1 774	1 644	1 527	1 186	904
20 à 24 %	2 061	2 226	2 055	1 890	1 358	1 002
25 à 29 %	2 334	2 547	2 351	2 136	1 471	1 073

L'âge pris en considération est celui de l'assuré à la date de consolidation.

Le taux d'AIPP fixé par l'expert permet de déterminer la valeur du point (exemple : 25 % à 30 ans = 2 547€).

Cette valeur multipliée par le taux d'A.I.P.P. détermine l'indemnisation de l'assuré (exemple : 2 547€ x 25 = 63 675€).

Barème d'indemnisation du préjudice esthétique (tableau ci-après)

Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 30%, le Seuil d'intervention l'Assureur est fixé à 4 :

Qualification du préjudice esthétique	Moins de 20 ans	20 ans à moins de 40 ans	40 ans à moins de 50 ans	50 ans à moins de 60 ans	60 ans et plus
4	2,3	2,1	1,8	1,4	1,1
5	3,7	3,3	2,9	2,2	1,8
6	6,9	6,2	5,5	4,1	3,4
7	11,4	10,3	9,1	6,9	4,7

L'âge pris en considération est celui de l'assuré à la date de consolidation.

La qualification du préjudice esthétique fixée par l'expert permet de déterminer le coefficient multiplicateur (exemple : qualification 7 à 30 ans = 10,3). Ce coefficient est multiplié par la valeur du point attribuée d'après le barème défini ci-dessus (tableau 1) pour une A.I.P.P. comprise entre 25 et 29 % et pour un assuré âgé de moins de 20 ans, ceci quel que soit le taux d'A.I.P.P. et l'âge de la victime, selon qualification par l'expert à 7 : (exemple : 2 334€ x 10,3 = 24 040€).

ARTICLE 9 : LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES FRAIS D'AMENAGEMENT DU DOMICILE ET/OU DU VEHICULE

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

➤ **En cas d'invalidité permanente supérieure ou égale à 30% AIPP :**

L'indemnité est calculée pour l'ensemble des préjudices garantis au titre de votre contrat, **selon les modes d'estimation retenus par les tribunaux.**

Le médecin expert de l'assureur doit établir que votre impossibilité d'exercer certains actes essentiels dans votre vie courante, peut être compensée par un aménagement de votre domicile et/ou votre véhicule.

La prestation ne sera versée qu'avec notre accord préalable de prise en charge, suite à l'étude des devis de professionnels agréés, selon la nature des prestations.

Vous pouvez au préalable activer la garantie « Accompagnement médical ».

La prestation est calculée en fonction du coût réel des travaux d'aménagement, de votre véhicule et/ou de votre domicile dans la limite du plafond fixé aux Dispositions Particulières.

En outre, si vous êtes locataire, vous pouvez opter pour une réinstallation dans une habitation plus adaptée. Cette garantie prévoit alors le remboursement de vos frais réels de déménagement en France Métropolitaine. Selon les besoins, la prestation peut être réglée en une ou plusieurs fois.

L'évaluation financière de la prestation est déterminée entre vous et l'Assureur, de gré à gré, en fonction des besoins qui ont été déterminés conjointement. Le règlement se fera sur présentation des pièces justificatives que vous fournirez.

En cas de désaccord, l'assureur se réserve le droit de procéder à une expertise. Dans ce cas, l'assureur désigne un expert pour procéder à l'évaluation. Vous pouvez également vous faire représenter par votre propre expert. Si votre expert et celui de l'assureur ne sont pas d'accord, ils auront recours à l'arbitrage par un 3ème expert désigné conjointement.

Chacun paie les frais et honoraires de son expert et la moitié de ceux du 3ème expert.

ARTICLE 10 : LE PLAFOND D'INDEMNISATION DE LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Le plafond des indemnités, est d'un million d'euros (1 000 000 €) par assuré(s) et/ou par bénéficiaire(s) hors prestations d'assistance.

Ces montants concernent l'ensemble des sommes versées pour un même accident subi par un assuré. Les indemnités d'invalidité permanente et de décès versées au titre des garanties principales ainsi que les plafonds ne se cumulent pas.

ARTICLE 11 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS D'AGGRAVATION DE L'ETAT DE SANTE DE L'ASSURE ?

S'il y a aggravation de l'état de santé de l'assuré et que cette aggravation est en relation directe et certaine avec l'accident et de nature à modifier les conclusions médicales précédentes, il y a une nouvelle expertise.

Deux cas sont alors possibles :

- soit l'assuré n'a pas été indemnisé une première fois suite à l'accident car le taux d'invalidité (AIPP) était inférieur au seuil et le taux d'invalidité (AIPP) dépasse désormais ce seuil. L'assuré est alors indemnisé de son préjudice sur la base du taux déterminé par la dernière expertise,

- soit l'assuré a été indemnisé une première fois à la suite d'une offre définitive ; il reçoit alors un complément d'indemnisation.

L'assuré est indemnisé de son préjudice sur la base du taux déterminé par la dernière expertise. De ce montant, seront déduites les indemnités versées lors de la première indemnisation.

Concernant des préjudices personnels et/ou associés (tierce personne et aménagement du domicile et/ou du véhicule, esthétique, d'agrément, pertes de gains professionnels futurs et souffrances endurées), ils font l'objet d'une appréciation nouvelle par le médecin expert.

Le cumul des indemnités successives versées ne peut dépasser le plafond de la garantie. .

ARTICLE 12 : LES INDEMNITES D'INVALIDITE ET DE DECES NE SE CUMULENT PAS

Si après le versement de l'indemnité "invalidité permanente" l'assuré décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès sont versées déduction faite des sommes déjà réglées au titre de l'invalidité permanente, des préjudices personnels et/ou associés (tierce personne et aménagement du domicile et/ou du véhicule, les préjudices « esthétique, préjudice d'agrément, pertes de gains professionnels futurs et préjudice résultant des souffrances endurées »).

Si les indemnités réglées au titre de l'invalidité permanente, des préjudices personnels et/ou associés sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux bénéficiaires.

ARTICLE 13 : L'ACCOMPAGNEMENT EXTRA-MEDICAL

Si l'assuré est victime d'un accident entraînant une invalidité permanente supérieure ou égale à 30% d'AIPP, rendant médicalement nécessaire de manière définitive une assistance technique ou humaine, l'Assureur met à sa disposition une équipe pluridisciplinaire.

Cette équipe recherche avec la victime et/ou son représentant (conjoint, parent, tuteur) éventuellement assistée de son médecin traitant, et s'il y a lieu en coordination avec l'équipe de la maison départementale des personnes handicapées ou institution en charge d'une mission équivalente, les mesures extra-médicales adaptées au contexte dans le domaine de l'aménagement du domicile de l'assuré ou de son véhicule lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et de nature à favoriser sa réinsertion dans son cadre de vie.

Cette garantie couvre les frais et honoraires de diagnostic et d'étude de cette équipe pluridisciplinaire de l'Assureur distincts des préjudices indemnisés à partir de 30% lorsqu'ils sont constatés.

En aucun cas l'Assureur ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être proposés.

Le taux d'invalidité permanente (AIPP) est déterminé selon les modalités de l'« article 7 : Le calcul des indemnités ».

ARTICLE 14 : QUE SE PASSE-T-IL EN PRESENCE D'UN TIERS RESPONSABLE

Si l'accident dont l'assuré a été victime met en cause la responsabilité d'une autre personne, l'assureur versera une avance, sur le recours qu'il effectuera contre le responsable :

- à l'assuré ou à son représentant légal, en cas d'invalidité permanente,

- aux bénéficiaires en cas de décès,

L'assureur calculera alors le montant des indemnités, dont il fera l'avance dans les mêmes conditions que s'il n'y avait pas de tiers responsable, comme indiqué ci-dessus et dans la limite des plafonds.

Elles se cumuleront avec la réparation intégrale de tous les préjudices imputables au responsable si l'invalidité permanente est inférieure ou égale à 29%.

Pour toute invalidité permanente supérieure à 29%, ou en cas de décès, elles se calculeront en déduisant la créance des tiers payeurs.

L'assuré dispose d'une liberté totale d'action contre le responsable afin d'exercer un recours direct pour les postes de préjudices qui ne seraient pas indemnisés au titre du présent contrat ou pour la part du préjudice excédant le plafond d'indemnisation.

Lorsque l'avance versée est supérieure à l'indemnité mise à la charge du responsable, l'assureur renonce à la récupération de la différence qui reste ainsi acquise à l'assuré ou aux bénéficiaires.

Si l'indemnité est versée avant la mise en cause du responsable, dès le paiement de l'indemnité, les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les responsables sont transmis à l'assureur jusqu'à concurrence de l'indemnité versée : on dit qu'il y a subrogation. L'assureur agit en lieu et place de l'assuré. Lorsque l'assureur a payé une indemnité au souscripteur, à un assuré, à un bénéficiaire, il exerce un recours contre le responsable, s'il y a lieu.

A l'issue de la procédure de recours subrogatoire contre un responsable, pour laquelle l'assureur a engagé des frais, la juridiction peut condamner le responsable à couvrir ces frais.

Les sommes ainsi attribuées seront perçues par l'assureur dans la mesure où l'assuré n'aura déboursé aucun frais.

ARTICLE 15 : QUELLES SONT LES CREANCES DES TIERS PAYEURS DEDUCTIBLES VERSEES A L'OCCASION DE L'ACCIDENT ?

Celles :

- de la Sécurité Sociale ou les organismes similaires,
- des tiers responsables de l'accident ou leurs assureurs,
- des fonds de garanties français ou étrangers ou tout organisme prenant en charge l'indemnisation directe des victimes,
- des employeurs,

- des groupements mutualistes et les instituts de prévoyance,

Chaque poste de préjudice garanti est ensuite diminué de la somme versée au titre de l'indemnisation de ce poste selon les modalités retenues par les tribunaux, pour la période considérée.

ARTICLE 16 : QUAND LES INDEMNITES SONT-ELLES VERSEES ?

L'offre définitive d'indemnisation **doit être faite dans un délai de 5 mois** suivant la date à laquelle l'assureur est informé de la consolidation ou du décès de l'assuré, à condition que, dans ce délai, la victime ou les bénéficiaires aient communiqué à l'assureur 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'invalidité permanente directement imputable à l'accident atteindra 30 %, une offre provisionnelle doit être faite dans le mois suivant la date à laquelle le rapport de l'expertise médicale est communiqué à l'Assureur.

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

CE QUE LE CONTRAT NE GARANTIT JAMAIS

ARTICLE 17 : LES EXCLUSIONS GENERALES

- **Les dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident ;**

- **Les dommages consécutifs aux accidents imputables à la consommation de stupéfiants ou de produits assimilés constitutive d'une infraction pénale ;**

- **Les dommages consécutifs à des accidents de vie privée, d'attentats, d'infractions antérieurs à la prise d'effet du contrat ;**

- **Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électorales ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le code de la Sécurité Sociale (cette exclusion ne s'applique pas aux stages en entreprises et au baby-sitting exercés par des enfants) ;**

- **Les dommages subis à l'occasion de la pratique de sport exercé à titre professionnel ou amateur rémunéré ;**

- **Les dommages survenus alors que l'assuré, victime d'un accident, conduit un véhicule terrestre à moteur, sauf s'il s'agit d'un fauteuil roulant automoteur d'handicapé ;**

- **Les préjudices économiques et/ou moraux des ayants-droit des occupants du véhicule, auteurs ou complices du vol du véhicule ;**

- **Les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement ;**

- **Les conséquences du suicide ou ses tentatives ;**

- **Les dommages résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une**

rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;

• Les dommages occasionnés par la guerre civile ou étrangère ; l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ; il nous appartient de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile ;

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

• Les dommages résultant des expériences biomédicales ;

• Les dommages subis par les assurés occupants du véhicule, auteurs ou complices du vol du véhicule.

EN CAS DE SINISTRE

ARTICLE 18 : CE QU'IL FAUT FAIRE

Déclarer le sinistre auprès de votre Conseiller dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés. Après transmission de votre dossier par votre conseiller, l'assureur gère le dossier avec vous. Pour faciliter le règlement du sinistre, il faut communiquer les éléments suivants :

- l'état civil, l'adresse de l'assuré victime de l'accident,
- la date, le lieu, la nature et les circonstances du sinistre, ses causes et ses conséquences,
- les coordonnées des témoins, celles des victimes, des auteurs et de leurs assureurs,
- les références des autres contrats d'assurance susceptibles d'intervenir.

Communiquer, dans les plus brefs délais, tous les documents relatifs au règlement de sinistre :

- en cas de remboursement de soins, le décompte original après intervention des régimes de prévoyance obligatoire et/ou complémentaire,
- en cas de dommages corporels subis par l'assuré, celui-ci doit se soumettre à tout examen ou expertise médicale selon les modalités indiquées ; en cas de refus injustifié, il s'expose à perdre tout droit à indemnité,
- au cas où ces dommages seraient constitutifs d'une invalidité, le(s) certificat(s) médical(aux) constatant l'invalidité et précisant la nature de l'accident,
- en cas de décès, le bulletin de décès ou la copie du livret de famille ou un extrait d'acte d'état civil, ou tout justificatif précisant la cause du décès et s'il s'agit de mort violente, le procès-verbal prévu par le Code Civil, et toute pièce permettant de justifier la qualité et l'identité des bénéficiaires,
- en cas d'agression, d'attentat, ou de vol, vous devez déposer plainte auprès des autorités et en aviser l'assureur,
- pour l'aménagement du domicile et/ou du véhicule : les devis des professionnels agréés détaillant les aménagements du véhicule et/ou du domicile rendus nécessaires par l'invalidité permanente et conditionnés par la constatation de l'expertise médicale.

L'assuré ou ses proches, ou les bénéficiaires sont également tenus de remettre tous les justificatifs que l'assureur estimera nécessaires.

Les pièces et justificatifs médicaux doivent être adressés sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur.

ARTICLE 19 : QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE RESPECTEZ PAS VOS OBLIGATIONS ?

Déchéance

Vous êtes déchu de tout droit à garantie :

- si vous faites, en connaissance de cause, de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre,
- si vous refusez de vous soumettre à l'expertise médicale, sauf opposition dûment justifiée
- si vous faites une déclaration tardive, sauf cas fortuit ou de force majeure, et que l'assureur établit que ce retard cause un préjudice.

Si vous ne respectez pas vos autres obligations, sauf cas fortuit ou de force majeure, et si ce non-respect est préjudiciable à l'assureur, il pourra vous demander réparation du préjudice que ce manquement lui a causé.

ARTICLE 20 : CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

En cas de déclaration de sinistre par téléphone, votre conversation avec les téléacteurs pourra ponctuellement être enregistrée, au titre du programme de formation ou d'amélioration de la qualité de nos prestations de service dans le respect de vos droits à la vie privée.

ARTICLE 21 : CE QUE L'ASSUREUR S'ENGAGE A FAIRE

Sous réserve du délai dans lequel nous serons en mesure de formuler notre offre l'assureur s'engage à verser l'indemnité à l'assuré ou à ses ayants-droits, **dans les 30 jours** suivant l'accord amiable sur le montant des dommages ou la décision définitive (si nous avons été en désaccord).

En cas de dommages corporels subis par l'assuré, cet accord est constitué par l'acceptation de l'offre.

ARTICLE 22 : L'ASSUREUR EST SUBROGÉ DANS VOS DROITS

Dans le cadre de l'avance recours contre un éventuel responsable, dès le paiement de l'indemnité ou dès l'exécution des prestations, vos droits et actions sont transmis à l'assureur jusqu'à concurrence de l'indemnité ou du paiement de la prestation. On dit qu'il y a "subrogation".

Si de votre fait, l'assureur ne peut plus exercer cette subrogation, il ne sera plus tenu à garantie. Si à l'issue de la procédure au cours de laquelle l'assureur a effectué un recours, à votre place, contre un responsable, la juridiction condamne ce responsable à couvrir les frais de procédure, l'assureur percevra le remboursement de

ces frais, dans la mesure où vous n'avez déboursé aucun frais.

ARTICLE 23 : LA PRESCRIPTION

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise. Conformément à l'article R 112-1 du Code des Assurances, les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du même code reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des Assurances

Toutes les 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 :

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

Article L 114-2 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.

Article L 114-3 du Code des Assurances

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

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code Civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr

Article 2240 du Code Civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code Civil

La demande en justice, même en référé, 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 2242 du Code Civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 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 2244 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 2245 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 2246 du Code Civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 24 : LA PRISE D'EFFET ET LA DUREE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières, sous réserve du paiement de la première cotisation. Il en est de même pour tout avenant. Votre contrat est annuel. Il est automatiquement reconduit d'année en année à chaque échéance anniversaire.

Toutefois, vous pouvez résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an en envoyant une lettre recommandée au moins 2 mois avant l'échéance.

L'assureur peut également résilier le contrat dans les mêmes conditions.

La date limite d'exercice par vous du droit à dénonciation du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation. Si cet avis vous est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou s'il vous est adressé après cette date, vous êtes informé avec cet avis, disposé **d'un délai de vingt jours** suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Si cette information ne vous était pas adressée conformément à ce qui précède vous pourriez mettre un terme au contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction en envoyant une lettre recommandée à Assuréo. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Vous et l'assureur devez résilier votre contrat lorsque votre domicile cesse de se situer en France Métropolitaine.

Dans tous les cas, le délai de résiliation court à partir de la date d'envoi figurant sur le cachet de la poste.

ARTICLE 25 : VOTRE COTISATION

Votre cotisation est calculée selon vos déclarations faites à la souscription ou en cours de contrat. Elles sont mentionnées aux Dispositions Particulières.

Le montant de votre cotisation peut être fractionné mensuellement en cas de recouvrement par prélèvement bancaire.

Si vous avez opté pour un règlement par prélèvements bancaires SEPA, vous vous engagez à informer **Assuréo** de toute modification des coordonnées figurant sur le mandat de prélèvement SEPA que vous avez signé.

Vous trouverez sur votre échéancier la date et le montant des prélèvements, ainsi que la Référence Unique du Mandat (RUM) SEPA et l'ICS correspondant à **Assuréo**, conformément à la réglementation en vigueur. Par conséquent, votre échéancier vaut notification préalable dérogatoire à l'obligation de pré notification de 14 jours minimum avant chaque prélèvement. Dans l'hypothèse d'une modification affectant la date, le montant des prélèvements, la RUM ou l'ICS, une nouvelle information vous sera communiquée, par tout moyen, préalablement aux prélèvements concernés.

Vous devez vous assurer de l'approvisionnement de votre compte bancaire.

Le système SEPA a notamment pour finalité de sécuriser les paiements et d'organiser les éventuelles contestations. Dans ce cadre, vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager votre

responsabilité à l'égard de l'assureur **ou d'Assuréo** et de générer à votre charge des frais de mise en demeure liés à l'action en paiement diligentée par **Assuréo**.

En cas de non-respect de vos engagements (**alimentation du compte, mise à jour des coordonnées du mandat**) il pourra être mis fin par **Assuréo** aux prélèvements bancaires du ou des contrat(s) concerné(s) ; la totalité des sommes restant dues au titre du ou des contrat(s) d'assurance jusqu'à l'échéance principale devenant immédiatement exigible.

Pour toute demande, réclamation, ou modification relative à votre prélèvement SEPA, vous pouvez vous adresser à Assuréo.

Les actes de gestion (notamment le recouvrement de cotisation) ainsi que les modifications contractuelles à votre initiative peuvent donner lieu à la perception de frais. Ces frais sont, dans ce cas, mentionnés sur le document de recouvrement de la cotisation qui vous est adressée. Vous serez informé d'une modification de leur montant par ce document. Ils ne sont pas assimilables à une majoration de tarif.

Non-paiement de cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation **dans les 10 jours** de son échéance, **Assuréo** adresse à votre dernier domicile connu une lettre recommandée de mise en demeure qui, sauf paiement entre-temps :

- **suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours,**
- **résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours.**

Les frais d'envoi de cette lettre recommandée sont à votre charge.

Même si le contrat est suspendu pour non-paiement d'une cotisation, vous devrez payer les cotisations venant ultérieurement à échéance et l'assureur conserve à titre d'indemnité de résiliation, les cotisations postérieures à la résiliation qui courent jusqu'à la prochaine échéance anniversaire du contrat.

Lorsque la cotisation peut être payée en plusieurs fois, si vous ne réglez pas une fraction de la cotisation dans **les 10 jours** de son échéance, vous devez immédiatement acquitter le solde de la cotisation annuelle.

Ces dispositions s'appliquent même si vous avez opté pour un règlement de votre cotisation par prélèvements bancaires.

Société recouvrante

Vous êtes informé que la société **Assuréo est mandatée par l'Assureur** pour recouvrer en son nom et pour son compte l'ensemble des sommes dues (exemples : vos cotisations, frais, pénalités éventuelles) au titre du présent contrat.

VOTRE COTISATION EST AUGMENTEE, QUE POUVEZ-VOUS FAIRE ?

Si votre cotisation est augmentée à l'échéance, vous pouvez résilier votre contrat **dans les 15 jours suivant**

la réception de notre information. La résiliation prend effet un mois après la notification. Vous devrez alors acquitter, au tarif ancien, la cotisation due pour la période comprise entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 26 : LES DECLARATIONS QUE VOUS DEVEZ FAIRE

En cours de contrat, le souscripteur doit déclarer son changement de domicile. Si le souscripteur ne réside plus à son domicile en France Métropolitaine le contrat sera résilié de plein droit.

ARTICLE 27 : LA RESILIATION DU CONTRAT

Votre contrat peut être résilié par lettre recommandée dans les conditions suivantes :

Par vous :

- en cas de résiliation par l'assureur de l'un de vos autres contrats à la suite d'un sinistre,
- en cas d'augmentation de votre cotisation, dans les conditions prévues ci-dessus,
- en cas de diminution du risque, si l'Assureur ne consent pas à une diminution de la cotisation correspondante.

Par l'assureur ou Assuré :

- en cas de fausses déclarations faites sciemment de votre part en vue d'obtenir le paiement de prestations indues,
- après un sinistre,
- en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les conditions ci-dessus,
- en cas d'aggravation du risque.

Par vous ou l'Assureur :

- à chaque échéance anniversaire moyennant un préavis de 2 mois, sous réserve que le contrat ait un an d'existence.

Par tous :

- en cas de déménagement de votre domicile hors de France Métropolitaine,
- en cas de décès du souscripteur.

Si la résiliation du contrat intervient entre deux échéances, la part de cotisation correspondant à la période allant de la résiliation à la prochaine échéance est remboursée sauf en cas de non-paiement de la cotisation.

ARTICLE 28 : LA RENONCIATION

En cas de vente à distance :

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance, l'assuré bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 14 jours qui court à compter de la date de conclusion du contrat.

En cas de démarchage :

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, relatif au démarchage à domicile, l'assuré bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 14 jours qui court à compter de la date de conclusion du contrat.

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait 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, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à Assuréo.

Dans les deux cas, le souscripteur qui fait valoir son droit à renonciation devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Le montant ainsi dû est calculé selon la règle suivante : Montant de la cotisation annuelle figurant aux Dispositions Particulières du contrat, hors frais annexes et de courtage / 365 * nombre de jours garantis.

La lettre recommandée avec accusé de réception (modèle joint ci-dessous) doit être adressée au siège social d'Assuréo. Toute lettre recommandée adressée à une entité juridique autre sera dépourvue de tout effet.

Nom et adresse du souscripteur	
Assuréo - Service Consommateurs 11 rue de la Capelle, ZI de l'Inquétrie 62 280 Saint-Martin - Boulogne	
Contrat N° :	Le --/--/----
Date de souscription :	
Montant de la prime réglé :	
Date de règlement de la prime :	... / ... /
Mode de règlement de la prime :
Madame, Monsieur,	
Conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 ou L.112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à la police d'assurance n° que j'ai souscrite en date du ... / ... /.....	
Je souhaite donc que le contrat précité soit résilié à compter de la date de réception de la présente et atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis mon acceptation de l'offre qui m'a préalablement été faite.	
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.	
Signature	

ARTICLE 29 : EXAMENS DES RECLAMATIONS

En face à face, par téléphone, par courrier ou par courriel en cas de difficultés dans l'application des dispositions du présent contrat :

1) Pensez à contacter tout d'abord **le Service Client Assuré au 01 49 15 60 01.**

Assuré transmettra, si nécessaire, une question relevant de compétences particulières, au service chargé, en proximité, de traiter votre réclamation sur cette question. Votre interlocuteur est là pour vous écouter et vous apporter une réponse avec, si besoin, l'aide des services de l'assureur concerné. Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum.

Votre interlocuteur est là pour vous écouter et vous apporter une réponse avec, si besoin, l'aide des services concernés de l'Assureur.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum.

Vous serez tenu informé de l'avancement de l'examen de votre situation, et recevrez, sauf exception, une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de votre réclamation.

2) Si votre mécontentement persiste, ou si ce premier échange ne vous donne pas satisfaction, vous pourrez solliciter directement le

Service Clients Assuré
11, rue de la Capelle
ZI de l'Inquétrie
62 280 Saint Martin - Boulogne

Ce service vous aidera à rechercher une solution. Le Service Réclamations Clients, après avoir réexaminé tous les éléments de votre demande, vous fera part de son analyse dans les deux mois.

3) Si la réponse ou la solution qui vous est proposée ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au siège social de l'Assureur dont les coordonnées apparaissent aux Dispositions Particulières. Si un désaccord persistait avec cette analyse, vous aurez alors la possibilité de solliciter l'avis du Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

Médiation de l'Assurance, TSA 50110 - 75441
Paris Cedex 09

<http://www.mediation-assurance.org>.

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFSA et du GEMA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficiaire d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

En cas d'échec de cette démarche, vous conservez naturellement l'intégralité de vos droits à agir en justice.

ARTICLE 30 : APPEL NON SURTAXE

Vous avez accès à un numéro d'appel non surtaxé pour les modalités d'exercice de votre droit de rétractation, la bonne exécution et les réclamations concernant le contrat souscrit.

ARTICLE 31 : AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 32 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES (LOI DU 6 JANVIER 1978)

Le souscripteur peut demander, à l'assureur, communication et rectification de toute information le concernant, qui figurerait sur tout fichier à usage de l'assureur, de ses mandataires, des réassureurs et organismes professionnels, en écrivant à l'adresse de l'assureur mentionné sur vos Dispositions Particulières.

Les données personnelles que vous avez communiquées (par téléphone, messagerie électronique ou autrement) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion de votre contrat et peuvent, dans le respect de nos obligations envers nos partenaires, être également utilisées, sauf opposition de votre part à des fins commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être enregistrées à des fins de formation de notre personnel et dans le cadre de la gestion de nos sinistres.

Elles pourront être utilisées par nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels.

Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression de vos données personnelles par courrier adressé au

Service Clients Assuré
11, rue de la Capelle
ZI de l'Inquétrie
62280 Saint Martin - Boulogne

ARTICLE 33 : CONVENTION DE PREUVE

Quelle que soit l'opération effectuée (exemples : souscription, modification, virement, prélèvement), vous vous engagez ainsi que l'assureur ou Assuré à reconnaître comme preuve valide de l'engagement réciproque et de l'identité des parties :

- les courriers électroniques échangés entre nous ;
- la reproduction d'informations sauvegardée par l'assureur ou Assuré sur des supports informatiques, numériques ou numérisés (y compris journaux de connexion) ;

- les certificats émis par les autorités compétentes, dans le respect des dispositions légales relatives à la prescription et à la conservation des données.
- En cas de désaccord sur ces données, les juridictions compétentes pourront être saisies pour apprécier la portée de l'éventuelle preuve contraire.

ARTICLE 34 : COURRIER ELECTRONIQUE

Vous êtes seul garant de votre adresse électronique : il vous appartient de la vérifier régulièrement et de la mettre à jour aussitôt en cas de modification.

CONVENTION D'ASSISTANCE

ARTICLE 35 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention fait partie intégrante de votre contrat d'assurance Garantie des accidents de la vie (GAV) et a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en œuvre de garanties d'assistance accordées aux Assurés.

Les prestations d'assistance sont assurées par :
FRAGONARD ASSURANCES (SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris – Siège social : 2, rue Fragonard – 75017 Paris – Entreprise régie par le Code des assurances) et mises en œuvre par **AWP France SAS** (SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny – Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint Ouen – Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07 026 669 – <http://www.orias.fr/>), ci-après dénommée l'« Assisteur ».

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par l'Assuré ou ses Proches auprès de l'Assisteur au :

• **01 40 25 53 58**

Accessible 24h/24, 7j/7 sauf mentions contraires et en indiquant :

- les noms et numéro de la présente convention GAV n° 922039;
- les nom et prénom de l'Assuré ;
- l'adresse exacte de l'Assuré ;
- le numéro de téléphone où l'Assuré peut être joint.

ARTICLE 36 : DEFINITIONS SPECIFIQUES A L'ASSISTANCE

Les termes commençant par une majuscule dans la présente convention auront la signification suivante :

Accident : Altération brutale de la santé de l'Assuré ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible, violent et indépendant de la volonté de la victime. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident..

Animaux de compagnie : Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au Domicile de l'Assuré et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Assuré : La ou les personnes désignée(s) comme telle(s) aux Dispositions Particulières du contrat d'assurance GAV, âgée(s) de moins de 66 ans au jour de la souscription dudit contrat :

- Formule 1 « Individuelle » :
 - le souscripteur du contrat d'assurance GAV ;
- Formule 2 « Famille » :
 - le souscripteur du contrat d'assurance GAV,

- son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou son concubin(e) ou la personne liée au souscripteur par un PACS,
- leurs enfants vivant en permanence et à titre gratuit au domicile principal du souscripteur ou fiscalement à charge,
- leurs enfants célibataires, ou non liés par un PACS, ne vivant pas en permanence au Domicile du souscripteur :
 - o s'ils sont mineurs et que le parent ayant la qualité d'assuré n'en a pas la garde, ou
 - o s'ils sont scolarisés, étudiants ou apprentis, ou
 - o s'ils sont handicapés, titulaires d'une carte d'invalidité, ou
 - o s'ils effectuent leur service civil volontaire.
- les petits enfants mineurs gardés gratuitement et de façon non permanente par leurs grands-parents souscripteurs.

Domicile : Lieu de résidence principal et habituel figurant sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé en France Métropolitaine.

Etranger : tout pays, **à l'exception de la France et des Pays non couverts.**

France : France métropolitaine.

Hospitalisation imprévue : Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue de l'Assuré avant son déclenchement. L'Assisteur se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation imprévue au Domicile : 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. Avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance, l'Assisteur se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au Domicile.

Maladie : Altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par un médecin.

Pays non couverts : Corée du Nord et pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus disponible sur le site à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

Proche : Toute personne physique désignée par l'Assuré ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France métropolitaine.

Séquelle handicapante lourde : Réduction des capacités fonctionnelles (physique, intellectuelles, sensorielles) consécutives à un Accident nécessitant la

présence d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est constatée médicalement.

Transport : Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 2^{ème} classe, par avion en classe économique ou taxi.

ARTICLE 37 : TERRITORIALITE

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine sauf pour les prestations :

- « Rapatriement ou transport sanitaire »,
- « Accompagnement lors du rapatriement ou transport sanitaire »,
- « Rapatriement ou transport de corps », qui s'appliquent en France métropolitaine avec une franchise de 50 km du Domicile et sans franchise à l'Étranger pour des voyages ou des séjours n'excédant pas une durée de trois mois consécutifs,
- « Prise en charge complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation imprévue »,
- « Avance des frais chirurgicaux ou d'Hospitalisation imprévue à l'Étranger », **qui s'appliquent exclusivement à l'Étranger pour des voyages ou des séjours n'excédant pas une durée de trois mois consécutifs.**

ARTICLE 38 : DUREE DE VALIDITE

Les prestations d'assistance sont de plein droit automatiquement suspendues ou résiliées aux mêmes dates que votre contrat d'assurance « Garantie des accidents de la vie (GAV) », qu'elles suivent dans tous ses effets, et en tout état de cause, elles sont acquises uniquement pendant la durée de validité des accords liant Assuré et Fragonard Assurances.

Les garanties définies ci-dessous valent tant pour la Formule 1 « Individuelle » que pour la Formule 2 « Famille ».

ARTICLE 39 : LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE AU DOMICILE D'UN ADULTE SUITE A UN ACCIDENT GARANTI

Pendant une Hospitalisation imprévue de plus de une (1) journée, attestée par un bulletin d'hospitalisation, ou une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de trois (3) jours, prescrite par un médecin, et si aucun Proche n'est disponible sur place, l'Assisteur organise et prend en charge une seule des prestations suivantes :

- **La garde au Domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans :**
Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 7 jours par période d'Hospitalisation imprévue ou d'Immobilisation imprévue au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est assurée par une personne qualifiée et agréée. Sa mission consiste à garder l'enfant de l'Assuré au Domicile, préparer ses repas et apporter des soins quotidiens à l'enfant.

Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

OU

• Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans chez un Proche :

Voyage aller et retour, en train 2^{ème} classe ou avion en classe économique, jusque chez un Proche, résidant en France métropolitaine avec si nécessaire, accompagnement par un Proche ou un correspondant de l'Assisteur.

OU

• La présence d'un Proche au chevet de l'Assuré :

Voyage aller et retour, en train 2^{ème} classe ou avion en classe économique, d'un Proche, résidant en France métropolitaine, qui vient à son chevet.

Le séjour à l'hôtel du Proche est pris en charge dans la limite de 3 nuits, et de 80 € TTC/ nuit.

Cette prestation d'hébergement n'est accordée que si l'acheminement du Proche a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un Proche au chevet de l'Assuré ».

OU

• Garde malade à Domicile auprès de l'Assuré :

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 21 heures pouvant être réparties sur un (1) mois. Chaque prestation de la garde malade dure au minimum 3 heures. L'intervenant est à proximité directe du patient et assure le confort physique et moral du malade (aide à la toilette, à l'habillage, promenade). La garde malade n'est pas habilitée à effectuer les soins médicaux mais peut sur la base d'une ordonnance s'assurer de la prise des médicaments.

OU

• L'Aide-ménagère à Domicile :

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 21 heures pouvant être réparties sur un (1) mois.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 (trois) heures 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 de l'Assuré.

Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un Proche au chevet de l'Assuré ».

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

• soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, **dans la limite de 230€ TTC maximum** par période d'Hospitalisation imprévue.

• soit chez un Proche résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du Domicile de l'Assuré.

La livraison de médicaments (à utiliser dès le 1er mois)

Recherche (pharmacie proche du Domicile de l'Assuré ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au Domicile de l'Assuré des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires à l'Assuré.

L'Assisteur fait l'avance du coût de ces médicaments, que l'Assuré devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par l'Assisteur et est accessible 24h/24, 7jours / 7.

La conduite des enfants de moins de 15 ans à l'école

En cas d'Hospitalisation imprévue de plus de 2 jours, dans un rayon de 50 km du Domicile et si aucun Proche ne peut assurer le transport. Le Transport est organisé par taxi 30 jours par période d'Hospitalisation imprévue.

La recherche d'un médecin

En l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve l'Assuré, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

Dans ce cas, l'Assisteur n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de l'Assisteur.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge de l'Assuré.

La recherche d'une infirmière

Sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve l'Assuré, en lui communiquant les numéros de téléphone.

Dans ce cas, l'Assisteur n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de l'Assisteur.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge de l'Assuré.

Services à Domicile

Sur simple appel téléphonique, de 7 h à 20 h du lundi au vendredi, l'Assisteur organise et met l'Assuré en relation avec les professionnels de son réseau spécialisé dans :

• Bien-être de la personne :

- Transport/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...);

- livraison de courses (**les frais de ces courses et déplacement du prestataire seront réglés par l'Assuré directement au prestataire**);

- garde des Animaux de compagnie;

- portage de repas, service de linge, coiffeur ;
- dame de compagnie pour faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents.

• **Dépannage au Domicile :**

- serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie... ;
- petit bricolage (changer les fusibles, ampoules électriques...);
- petit jardinage (tondre la pelouse, couper une haie...);
- aide-ménagère.

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

ARTICLE 40 : PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT HORS DU DOMICILE AU-DELA DE 50KM ET A L'ÉTRANGER

En cas d'Accident, si l'état de l'Assuré nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, l'Assisteur organise et prend en charge, après avis de son médecin:

Le transport sanitaire ou le rapatriement :

De l'Assuré vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'Hospitalisation imprévue n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état de l'Assuré le permet. Dans le cas où une hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au Domicile de l'Assuré.

Le Transport d'une personne accompagnant l'Assuré :

Lors de son transport sanitaire, si l'état de l'Assuré le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

Si l'Assuré est hospitalisé ou immobilisé sur place pour plus de 10 (dix) jours parce que son état ne justifie pas un rapatriement ou un transport sanitaire immédiat, mais l'empêche d'entreprendre le retour à la date initialement prévue, l'Assisteur organise et prend en charge, après avis de son médecin :

La présence d'un Proche au chevet de l'Assuré :

Voyage aller et retour d'un Proche, résidant en France métropolitaine, si aucun des passagers sur place ne peut rester.

Le séjour à l'hôtel du Proche acheminé au chevet de l'Assuré :

Dans la limite de 60 € TTC par nuit avec un maximum de 10 nuits consécutives. Le retour du Proche est ensuite organisé et pris en charge s'il ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement du Proche a été organisé préalablement dans les

conditions définies au paragraphe « Présence d'un Proche au chevet de l'Assuré ».

La prolongation du séjour à l'hôtel de l'Assuré et du Proche restant à son chevet :

Dans la limite de 60 € TTC par nuit et par personne avec un maximum de 10 nuits consécutives.

Lorsque l'Assuré 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 événement couvert par la présente convention d'assistance, l'Assisteur propose :

La prise en charge complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation imprévue engagés à l'Étranger :

La prise en charge de l'Assisteur vient en complément des remboursements obtenus par l'Assuré ou ses ayants droit auprès des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels l'Assuré est affilié.

Les remboursements effectués par l'Assisteur ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et **sont limités à 4 000 € TTC par Accident** par la présente convention d'assistance. **Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 46 € TTC.**

Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES

Outre les Exclusions Générales, ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge complémentaire, les frais :

- engagés dans le pays de Domicile du Bénéficiaire et dans les Départements, Régions, Collectivités, Territoires et Pays d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident ou une Maladie survenu en France ou à l'Étranger,
- de vaccination ;
- de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact ;
- de traitements et d'interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident ;
- de cures thermales, séjours en maison de repos et de rééducation.

L'avance des frais chirurgicaux ou d'Hospitalisation imprévue à l'Étranger :

L'Assisteur garantit le paiement des frais chirurgicaux ou d'Hospitalisation imprévue à l'Étranger directement auprès de l'établissement de soin où l'Assuré a été admis. Les factures sont alors adressées à l'Assisteur qui en assure le règlement.

Pour bénéficier de cette prestation, l'Assuré ou un de ses Proches dépose, au moment de la demande, auprès de

l'Assisteur ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir.

Le chèque de paiement est encaissé par l'Assisteur au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite.

Dans le cas où le montant des factures présentées en règlement est inférieur de plus de 15 € TTC au montant du chèque remis par l'Assuré ou ses Proches, l'Assisteur s'engage à reverser la différence à l'émetteur du chèque dans le mois qui suit le règlement par elle des factures de l'établissement de soin.

Remboursement des frais de secours, de recherche et de sauvetage :

Dans la limite de 150 € TTC. Lorsque l'Accident est survenu sur les pistes de ski, l'Assisteur rembourse dans la même limite :

- le premier transport de l'Assuré 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 de l'Assuré dans la station le jour de l'Accident.

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

Conseil aux voyageurs

L'assisteur conseille aux Bénéficiaires de se munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie pour pouvoir bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie lors d'un déplacement dans un pays de l'Union Européenne.

ARTICLE 41 : PRESTATIONS SPECIALES POUR ENFANT HOSPITALISE OU IMMOBILISE AU DOMICILE SUITE A UN ACCIDENT GARANTI

Les garanties définies ci-dessous ne sont valables que pour la Formule 2 « Famille ».

Suite à une Hospitalisation imprévue de plus de une (1) journée ou d'une Immobilisation imprévue au Domicile sans hospitalisation de plus de trois (3) jours, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, et si aucun Proche n'est disponible sur place, l'Assisteur organise et prend en charge :

La garde au Domicile de l'enfant accidenté de moins de 15 ans :

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum 7 jours et à utiliser dès le 1^{er} mois par période d'Immobilisation imprévue au Domicile.

Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est assurée par une personne qualifiée et agréée. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Lorsque l'Immobilisation imprévue au Domicile fait suite à une Hospitalisation imprévue, la demande doit, sous

peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au Domicile.

Cette prestation n'est pas délivrée pendant les congés légaux du ou des parents, si la nourrice employée et déclarée peut garder l'enfant, ou encore lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au Domicile.

OU

Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans au Domicile d'un Proche :

Voyage aller et retour, en train 2^{ème} classe ou avion en classe économique, jusqu'au Domicile d'un Proche désigné par l'Assuré, résidant en France métropolitaine avec si nécessaire, accompagnement par un Proche ou un correspondant de l'Assisteur.

OU

Garde malade à Domicile auprès des enfants de plus de 15 ans :

Dans la limite des disponibilités locales, pour maximum de 21 heures pouvant être réparties sur un (1) mois. Chaque prestation de la garde malade dure au minimum 3 heures. L'intervenant est à proximité directe du patient et assure le confort physique et moral du malade (aide à la toilette, à l'habillage, promenade). La garde malade n'est pas habilitée à effectuer les soins médicaux mais peut sur la base d'une ordonnance s'assurer de la prise des médicaments.

Si Hospitalisation imprévue ou Immobilisation imprévue au Domicile de plus de 15 jours consécutifs, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, l'Assisteur organise et prend en charge :

Une aide pédagogique dans les matières principales :

Lorsque l'Immobilisation imprévue au Domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du CP à la terminale. Il pourra, avec l'accord de l'Assuré et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels de l'Assuré l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés, à raison de 15 heures par semaine pendant 10 mois maximum, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle 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. L'Assuré peut joindre l'Assisteur 24h sur 24, 7 jours sur 7 afin de formuler sa demande. Toutefois la mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs.

Les phobies scolaires sont exclues.

ARTICLE 42 : PRESTATIONS SPECIALES EN CAS DE DIFFICULTE A REPREDRE LA VIE PROFESSIONNELLE SUITE A UN ACCIDENT GARANTI

Les garanties définies ci-dessous valent tant pour la Formule 1 « Individuelle » que pour la Formule 2 « Famille ».

Lorsqu'à la suite d'un Accident médicalement attesté, l'Assuré a perdu son emploi, ou que son état rend difficile sa réintégration dans la vie professionnelle, l'Assisteuse lui propose, sur simple demande formulée par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 20h hors jours fériés :

Une Aide au Retour à l'Emploi :

- Etablit avec l'Assuré un bilan personnel et professionnel de son parcours à partir d'une auto-évaluation complétée par une analyse graphologique et un entretien téléphonique ;
- L'aide à élaborer un projet professionnel réalisable à court terme et lui indique les premières actions de recherche à entreprendre ;
- Le forme aux techniques de recherche d'emploi en relation avec son projet professionnel : rédaction d'un curriculum vitae et de lettres de candidature, entretiens d'embauche, utilisation des réseaux relationnels, utilisation du téléphone dans la recherche d'emploi.

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

- analyse avec l'Assuré 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 de besoin toute l'information utile pour sa recherche d'emploi : notamment les démarches administratives, aides financières, éléments du droit du travail.

L'assistance au Retour à l'Emploi est ouverte à l'Assuré dans les 6 (six) mois qui suivent la date de son licenciement ou de la clôture de son activité professionnelle. Il doit avoir été jugé médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, et autoriser le médecin de l'Assisteuse à s'en assurer auprès de son médecin traitant.

Un accompagnement psychologique :

Par un psychologue proche du Domicile de l'Assuré. Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de l'Assisteuse et le médecin traitant de

l'Assuré ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement.

Si la situation de l'Assuré justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de l'Assisteuse est limitée à **12 heures de consultation en cabinet.**

Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

ARTICLE 43 : PRESTATIONS SPECIALES EN CAS DE SEQUELLES HANDICAPANTES LOURDES SUITE A UN ACCIDENT GARANTI

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h à 20h hors jours fériés, l'Assisteuse communique à l'Assuré, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

Faire face au handicap :

- Les conséquences des différentes modifications qui interviennent dans la vie quotidienne (notamment les 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 ;
- Impôt et handicap ;
- Où trouver le matériel technique adéquat en cas de handicap ou d'Immobilisation imprévue au Domicile (lit médicalisé ou autre) ;
- L'hébergement des personnes handicapées ;
- Adaptation du logement aux personnes handicapées, à qui faire appel ?
- La formation des personnes handicapées ;
- Vos droits et démarches en matière d'emploi ;
- Départ en retraite: personnes handicapées, invalides ou inaptes au travail.

ARTICLE 44 : LA VIE PRATIQUE

L'équipe médicale de l'Assisteuse communique à l'Assuré **par téléphone uniquement** tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

Santé :

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention, autres) ;
- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés », autres) : leurs coordonnées, leurs spécialités ;
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations) ;
- Informations médicales sur le handicap ;
- Les problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids ;
- Les médicaments : les médicaments génériques ;
- L'alimentation en général en fonction de certaines pathologies : ex le diabète.

Formalités administratives :

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un Accident : déclaration à la police, déclaration à l'assurance, déclaration à la Sécurité Sociale ;
- Formalités administratives et services publics.

Juridique :

- Comment porter plainte ?
- A qui s'adresser en cas de litige ?
- Les conséquences juridiques inhérentes à une situation de handicap,
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?
- En cas de veuvage : quels sont les droits concernant les biens du conjoint survivant ?
- La vente de son logement.

Visite de maisons d'accueil :

L'Assisteur organise, sans prise en charge, la visite de trois établissements au maximum choisis par l'Assuré ou ses Proches.

L'Assisteur ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier de l'Assuré par un établissement.

La livraison et la mise à disposition du matériel médical :

Prescrit par un médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier.

Le coût du matériel médical et son acheminement restent à la charge de l'Assuré.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. L'Assisteur s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

ARTICLE 45 : DISPOSITIONS GENERALES

L'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. L'Assuré ou ses Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Par ailleurs, l'Assisteur ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), mouvements populaires, restrictions de la libre circulation des biens et des personnes, sabotage, terrorisme, Guerre Civile ou Étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité, Catastrophes naturelles ou de tout autre cas fortuit.

L'Assisteur s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide à l'Assuré.

L'Assisteur se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tous

actes, pièces, factures, certificats médicaux, bulletins d'hospitalisation, etc., de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir les justificatifs appropriés à l'Assisteur, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel, sauf cas fortuit ou de force majeure. Les certificats médicaux et bulletins d'hospitalisation seront adressés au médecin de l'Assisteur qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

L'Assisteur ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect par l'Assuré des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer à l'Assuré le remboursement des frais exposés.

L'organisation par l'Assuré ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si l'Assisteur a été prévenue et a préalablement donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagés pour organiser le service.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique :

Les informations sont fournies par l'Assisteur exclusivement par téléphone et restent des renseignements à caractère documentaire. En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

La responsabilité de l'Assisteur ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

Ces services ne peuvent en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. A ce titre, l'Assisteur s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au Domicile :

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

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

La prestation « Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans » n'est pas

délivrée pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée, ou encore lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au Domicile.

La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue 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 l'Assisteur pour sa réalisation.

Conditions applicables à l'Aide au Retour à l'Emploi :

Pour pouvoir accéder aux services personnalisés, l'Assuré 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 1^{er} appel auprès de notre Service Assistance Emploi.

La communication d'informations, éventuellement à caractère juridique ne peut en aucun cas être assimilée à une consultation juridique, et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par l'Assuré du ou des renseignements communiqué(s).

Modalités d'examen des réclamations :

Lorsqu'un Assuré est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, l'Assuré peut adresser une réclamation à :

AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra à l'Assuré dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont AWP France SAS le tiendrait informé.

Loi informatique et libertés :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de

rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

AWP France SAS
Service Juridique - DT03
7 rue Dora Maar - CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex.

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Autorité De Contrôle :

L'organisme chargé du contrôle de Fragonard Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, résidant à l'adresse suivante :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 France
www.acpr.banque-france.fr

ARTICLE 46 : LES EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus :

- **Les dommages causés par des Maladies n'ayant pas pour origine un Accident garanti ;**
- **Les Accidents subis à l'occasion d'activités professionnelles et de toute activité donnant lieu à rémunération (y compris les activités sportives) ;**
- **La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye.**
- **La pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat.**
- **La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien.**
- **Les Accidents de la circulation dans lesquels est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;**
- **Les hospitalisations prévisibles ;**
- **Les Accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat GAV ;**
- **l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences ainsi que les grossesses ayant donné lieu à une hospitalisation dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance ;**
- **Les états et les Accidents résultant de l'usage ou l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants ou produits assimilés non prescrits médicalement,**

et de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation locale en vigueur) ;

- Les conséquences de tentative de suicide.
- Les conséquences :
 - Des situations à risques infectieux en contexte épidémique ;
 - De l'exposition à des agents biologiques infectants ;
 - De l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat ;
 - De l'exposition à des agents incapacitants ;
 - De l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents ;
- Qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances

spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où l'Assuré séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire ;

- Les dommages provoqués intentionnellement par un Assuré et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense ;
- Les dommages résultant des expérimentations biomédicales.
- L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales.

