

Ce contrat est composé :

1. Des Conditions générales qui définissent la nature et l'étendue des garanties ainsi que les obligations des parties contractantes. Il s'agit également de la proposition d'assurance valant note d'information.
2. Des Conditions particulières qui adaptent le contrat à la situation personnelle du souscripteur.

Sommaire

TITRE I - DÉFINITIONS	2	TITRE IV - LA VIE DU CONTRAT	9
TITRE II - OBJET ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT	2	SECTION I - CONDITIONS DE SOUSCRIPTION ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT	9
Ⓞ Article 1 - Nature du contrat	2	Ⓞ Article 22 - Conditions de souscription	9
Ⓞ Article 2 - Objet du contrat	2	Ⓞ Article 23 - Prise d'effet et durée du contrat	9
Ⓞ Article 3 - Intervenants au contrat	3	SECTION II - FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	9
Ⓞ Article 4 - Territorialité	3	Ⓞ Article 24 - Obligation de déclaration	9
Ⓞ Article 5 - Formules et personnes assurées	3	Ⓞ Article 25 - Modification du contrat	10
TITRE III - ÉVÉNEMENTS COUVERTS ET PRÉSENTATION DES GARANTIES	3	Ⓞ Article 26 - Obligation de déclaration non respectée	10
Ⓞ Article 6 - Tableau de garanties	3	Ⓞ Article 27 - Cotisation	10
Ⓞ Article 7 - Événements couverts	4	Ⓞ Article 28 - Revalorisation	10
Ⓞ Article 8 - Exclusions générales	5	Ⓞ Article 29 - Résiliation du contrat	10
SECTION I - LES GARANTIES EN CAS DE BLESSURES	5	Ⓞ Article 30 - Cessation des garanties	11
I. Les garanties communes à toutes les formules	5	TITRE V - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	11
Ⓞ Article 9 - Incapacité permanente	5	Ⓞ Article 31 - Délais de déclaration du sinistre	11
Ⓞ Article 10 - Souffrances endurées et/ou préjudice esthétique permanent	6	Ⓞ Article 32 - Paiement des prestations	11
Ⓞ Article 11 - Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant	6	TITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES ET DROITS DU SOUSCRIPTEUR	12
Ⓞ Article 12 - Frais d'aménagements de logement et/ou de véhicule adaptés	6	Ⓞ Article 33 - Droit de renonciation	12
Ⓞ Article 13 - Aide financière en cas d'hospitalisation	7	Ⓞ Article 34 - Prescription	12
Ⓞ Article 14 - Pertes de revenus professionnels	7	Ⓞ Article 35 - Protection des données à caractère personnel	12
II. Les garanties spécifiques à certaines formules	7	Ⓞ Article 36 - Réclamations et litiges	13
Ⓞ Article 15 - Garantie Handicap - uniquement pour la Formule Senior	7	Ⓞ Article 37 - Médiation	13
Ⓞ Article 16 - Perte d'une année scolaire à la suite d'un accident - uniquement pour les Formules Adulte et Famille	7	Ⓞ Article 38 - Information annuelle	14
Ⓞ Article 17 - Garanties en cas de blessures des petits-enfants - uniquement pour la Formule Senior	7	Ⓞ Article 39 - Langue et droit applicables au contrat	14
SECTION II - LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS	7	TITRE VII - DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE	14
Ⓞ Article 18 - Participation aux frais d'obsèques	7	Ⓞ Article 40 - Objet	14
Ⓞ Article 19 - Préjudice patrimonial	8	Ⓞ Article 41 - Définitions	14
Ⓞ Article 20 - Préjudice d'affection	9	Ⓞ Article 42 - Champ d'application	14
Ⓞ Article 21 - Plafonds des garanties	9	Ⓞ Article 43 - Modalités de la signature électronique	14
		Ⓞ Article 44 - Horodatage	14
		Ⓞ Article 45 - Force probante du document signé électroniquement	14
		Ⓞ Article 46 - Transmission par voie électronique	14
		ANNEXE I - TEXTE DE L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 85-677 DU 05 JUILLET 1985	15
		NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE ET PROTECTION JURIDIQUE	17

TITRE I - DÉFINITIONS

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Actif

Qualité acquise lorsque une personne :

- exerce une profession (salariée ou non) même à temps partiel,
- est apprenti, stagiaire rémunéré.

Aide humaine - Tierce personne

Assistance quotidienne et définitive de l'assuré en incapacité permanente conservant, après consolidation de son état, des séquelles physiologiques et/ou neuropsychologiques imputables à l'accident qui nécessitent de pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes de la vie quotidienne.

Assuré

Personne physique désignée sur le bulletin de souscription sur la tête de laquelle reposent les risques garantis.

Avenant

Document constatant une modification du contrat. L'avenant induit l'émission de nouvelles Conditions particulières.

Blessures (atteintes corporelles)

Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP) des personnes.

Catastrophe naturelle

Tout événement décrit à l'article L. 125-1 du Code des assurances et reconnu comme tel par l'autorité compétente lorsque l'événement survient à l'étranger.

Catastrophe technologique

Tout événement décrit à l'article L. 128-1 du Code des assurances et reconnu comme tel par l'autorité compétente lorsque l'événement survient à l'étranger.

Conjoint

Par conjoint, il faut entendre :

- le conjoint non séparé de corps judiciairement et non divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire ;
- le partenaire lié par un Pacs ;
- le concubin notoire : la personne vivant en couple avec le souscripteur dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun et connue des tiers.

Consolidation

Stabilisation d'un état de santé après un accident laissant subsister des séquelles pour lesquelles un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation.

Enfants

Par « enfants », on entend les enfants du souscripteur et/ou du conjoint assuré nés ou à naître :

- mineurs ou majeurs, respectant l'ensemble des conditions suivantes :
 - économiquement à leur charge :
 - rattachés au foyer fiscal du souscripteur et/ou du conjoint assuré,
 - et/ou pour lesquels une pension alimentaire est réglée,
 - célibataires,
 - sans enfant,
 - âgés de moins de 28 ans,
 - et dont les ressources personnelles n'excèdent pas 3 salaires minimum interprofessionnels de croissance (Smic) nets par an.

FGTI

Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions

France

France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion).

Garde temporaire

Garde occasionnelle par les assurés, de leurs petits-enfants, résidant à une adresse habituelle distincte de celle des assurés, et en l'absence de leurs parents. La durée maximale de la garde temporaire ne peut excéder 3 mois.

Harcèlement moral

Propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de vie de l'assuré se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Incapacité permanente

(AIPP : Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique)

Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions physiologiques normalement liées à l'atteinte dans la vie de tous les jours. L'incapacité permanente peut être partielle ou totale.

ONIAM

Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

Sinistre

Réalisation d'un événement susceptible de mettre en jeu au moins une garantie du contrat.

Souscripteur

Personne physique qui souscrit au présent contrat, chargée du paiement des cotisations.

Victimes par ricochet

Personnes physiques qui subissent un préjudice résultant du décès d'un assuré (victime directe).

TITRE II - OBJET ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

⊗ Article 1 - Nature du contrat

La Garantie Accidents de la Vie est un contrat individuel d'assurance, souscrit auprès de Mutex. Il est régi par le Code des assurances. Il relève de la branche n° 1 « Accidents » du Code des assurances.

⊗ Article 2 - Objet du contrat

La Garantie Accidents de la Vie a pour objet de garantir, en cas d'accident tel que défini au titre I « Définitions » occasionnant des blessures ou entraînant le décès d'un assuré, le versement :

- de **prestations forfaitaires** pour les garanties suivantes : incapacité permanente, aide financière en cas d'hospitalisation, garantie handicap, perte d'une année scolaire à la suite d'un accident, et préjudice d'affection.
- de **prestations indemnitaires** pour les garanties suivantes : souffrances endurées, préjudice esthétique, frais de prothèse, frais de fauteuil roulant, frais d'aménagement logement, frais d'aménagement du véhicule, perte de revenus professionnels, préjudice patrimonial, et participation aux frais d'obsèques.

La Garantie Accidents de la Vie ne garantit pas les accidents dans la réalisation desquels est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que :

- les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;
- les Engins de Déplacements Personnels motorisés et les cycles à pédalage assisté sous réserve du respect des dispositions du Code de la route.

Le contrat prévoit également des garanties d'assistance présentées dans la notice d'information Assistance et Protection juridique.

Les garanties d'assistance sont souscrites par Mutex auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA) et sont assurées par RMA.

Les garanties de la protection juridique sont souscrites par RMA auprès de CFDP ASSURANCES.

Article 3 - Intervenants au contrat

3-1 Les organismes assureurs

- Mutex, Société anonyme régie par le Code des assurances, siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon, pour les garanties blessures et décès, **ci-après l'organisme assureur.**
- Ressources Mutuelles Assistance (RMA), Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social se situe 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, pour les garanties d'assistance.
- CFDP ASSURANCES, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, pour les garanties de protection juridique.

L'organisme de contrôle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

3-2 Les assurés

Les assurés au contrat sont :

- le souscripteur
- son conjoint, tel que défini au titre I « Définitions »
- les enfants du souscripteur et/ou du conjoint assuré tels que définis au titre I « Définitions ».

3-3 Les bénéficiaires des garanties

3-3-1 En cas de blessures

L'assuré est bénéficiaire des prestations des garanties en cas de blessures.

3-3-2 En cas de décès

Les bénéficiaires sont définis :

- Pour la garantie participation aux frais d'obsèques à l'article 18
- Pour le préjudice patrimonial à l'article 19
- Pour le préjudice d'affection à l'article 20.

Article 4 - Territorialité

Les garanties sont acquises en France et à Monaco.

Toutefois, elles sont acquises :

- dans le monde entier, pendant les douze premiers mois du séjour hors de France,
- pour tous les séjours, quelle qu'en soit la durée, effectués à la demande de l'employeur de l'assuré pour l'exécution d'une mission temporaire dans les pays de l'Espace économique européen et en Suisse.

En cas d'accident survenu hors de France, une expertise médicale pourra être effectuée par référence à la dernière édition, au jour de l'expertise médicale, du « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue « Le Concours Médical ».

Le paiement sera toujours effectué en France et en euros.

Article 5 - Formules et personnes assurées

Type de souscription	Assurés	Formules			
Solo	Souscripteur : couvert	Adulte			
Famille	Souscripteur : couvert Conjoint : couvert Enfant(s) : couvert(s)		Famille		
Solo	Souscripteur : couvert			Sénior	
Duo	Souscripteur : couvert Conjoint : couvert				

Les personnes ci-dessus sont assurées dès lors qu'elles répondent aux définitions du conjoint ou des enfants qui figurent au titre I « Définitions ».

TITRE III – EVENEMENTS COUVERTS ET PRESENTATION DES GARANTIES

Article 6 - Tableau de garanties

Détail des garanties accordées	Formule Adulte	Formule Famille	Formule Senior
Evénements garantis			
Accidents de la vie privée			
• Accidents de la vie courante	Oui	Oui	Oui
• Accidents liés à la pratique de loisirs	Oui	Oui	Oui
• Accidents dus à des agressions	Oui	Oui	Oui
• Accidents médicaux	Oui	Oui	Oui
• Accidents dus à des catastrophes naturelles et technologiques	Oui	Oui	Oui
• Accidents dus à des attentats	Oui	Oui	Oui
• Accidents scolaires		Oui	
• Accidents liés à la pratique de sports à risque	Oui	Oui	
Cyber Harcèlement	Oui	Oui	Oui
Harcèlement scolaire		Oui	
Accidents à l'étranger dans le cadre des études	Oui	Oui	
Garanties en cas de blessures			
Garanties communes à toutes les formules			
• Incapacité permanente			
• Souffrances endurées			
• Préjudice esthétique			
• Frais de véhicule adapté			
• Frais d'aménagement du logement			
• Perte de revenus professionnels			
• Frais de prothèse			
• Frais de fauteuil roulant			
• Aide financière en cas d'hospitalisation			
Garanties exclusives à la Formule Adulte et Famille			
• Perte d'une année scolaire à la suite d'un accident			
Garanties exclusives à la Formule Senior			
• Garantie Handicap			
• Garanties en cas de blessures des petits-enfants			

Garanties en cas de décès
• Participation aux frais d'obsèques
• Préjudice d'affection
• Préjudice patrimonial

🕒 Article 7 - Evénements couverts

Le contrat couvre les préjudices consécutifs à un accident ou à des faits de harcèlement moral tels que listés ci-dessous.

7-1 Accidents de la vie privée

Le contrat garantit les accidents de la vie privée listés ci-dessous :

- Les accidents survenus à l'occasion de la vie courante ou d'activités de loisirs, à l'exclusion des sports à risque ;
- Les accidents dus à des agressions ou des attentats dont l'assuré est victime ;
- Les accidents médicaux : il s'agit des accidents sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé français, c'est-à-dire :
 - un accident médical,
 - une affection iatrogène ou
 - une infection nosocomiale
directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins réalisés par un professionnel de santé, un établissement, un service ou un organisme, dont les activités sont régies par le Code de la santé publique ayant eu pour l'assuré des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci.
- Les accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques telles que définies au titre I « Définitions »
- Et pour les Formules adulte, famille uniquement vous êtes couverts pour :
 - les accidents survenus au cours de la pratique, en qualité d'amateur, d'un sport à risque parmi ceux listés ci-dessous :
 - **les sports équestres** : équitation
 - **les sports nautiques et aquatiques** : kitesurf, plongeon de haut vol, hydrospeed, rafting, canyoning, plongée sous-marine, plongée souterraine, apnée, aéroglisseur, wakeboard, scooter de mers.
 - **les disciplines sportives pour lesquelles les coups portés pendant le combat peuvent entraîner l'inconscience** : la boxe, le kick boxing, la savate.
 - **les sports comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé** : tir sportif, ball-trap, biathlon
 - **les sports de montagne** : alpinisme, escalade (varappe), speed riding, raids sportifs, trekking, motoneige, VTT de descente.
 - les accidents scolaires : il s'agit des atteintes corporelles subis par l'assuré scolarisé au sein d'un établissement de l'enseignement primaire ou secondaire suite à un accident survenu dans le cadre des activités scolaires et/ou périscolaires organisées, par les enseignants, les municipalités, les associations agréées, avec l'accord du chef d'établissement scolaire, sur le trajet aller-retour domicile-école.

Le contrat ne garantit pas les accidents de la vie privée listés ci-dessous :

- Les accidents impliquant un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que :
 - Les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;
 - Les Engins de Déplacements Personnels motorisés et les cycles à pédalage assisté sous réserve du respect des dispositions du Code de la route ;
- Les accidents dus à des agressions ou des attentats que l'assuré a provoqués ;
- Les atteintes corporelles en lien avec la participation de l'assuré à une activité pouvant être qualifiée de délictueuse ou criminelle au sens de la législation française, qu'elles soient concomitantes ou non à l'accident ;
- Les dommages de l'ayant-droit auteur du préjudice corporel subi par la victime directe ;
- Les dommages subis à l'occasion de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- Les dommages résultant de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- Les dommages résultant de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur.
- Les dommages résultant de la pratique des sports suivants : ski hors-piste (freeride), base jump, wingsuit, arts martiaux mixtes (MMA).

Le contrat ne garantit pas :

- Les accidents de travail ou de service ;
- Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles sportives.

7-2 Accidents à l'étranger dans le cadre des études - uniquement pour les Formule Adulte et Famille

Le contrat garantit les accidents survenus lors d'un séjour à l'étranger dans le cadre des études.

Les limites prévues à l'article 4 - Territorialité ne sont pas applicables aux séjours à l'étranger dans le cadre des études.

7-3 Cyber-harcèlement

Le contrat garantit les retentissements physiques et/ou psychologiques liés à des faits de harcèlement moral lorsque ces faits ont été commis par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne ou par le biais d'un support numérique ou électronique.

Les faits doivent avoir fait l'objet d'un dépôt de plainte et avoir été caractérisés comme tels devant une juridiction.

Le contrat ne garantit pas les préjudices consécutifs aux faits de cyber-harcèlement lorsque ces faits entrent dans le cadre d'une activité professionnelle et/ou génèrent une rémunération.

7-4 Harcèlement scolaire - uniquement pour la Formule Famille

Le contrat garantit les retentissements physiques et/ou psychologiques liés à des faits de harcèlement moral subis par un élève scolarisé au sein d'un établissement de l'enseignement primaire ou secondaire lorsque ces faits ont été commis par un ou plusieurs autre(s) élève(s) scolarisé(s) au sein d'un établissement

de l'enseignement primaire ou secondaire ou par un ou plusieurs enseignant(s) ou membre(s) du personnel éducatif.

Les faits doivent avoir fait l'objet d'un dépôt de plainte et avoir été caractérisés comme tels devant une juridiction.

🔗 Article 8 - Exclusions générales

Outre les accidents qui ne sont pas garantis (cf. : encadrés dans l'article 7), sont exclues des garanties :

- De la participation volontaire de l'assuré à un défi, un pari, une lutte ou une rixe,
- De la participation active de l'assuré ou d'un bénéficiaire à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel au sens des dispositions du Code pénal,
- D'une intervention chirurgicale, médicale, obstétricale ou esthétique, entreprise sur l'assuré par lui-même ou par un tiers non muni des diplômes exigés par la réglementation française pour effectuer celle-ci,
- De la pratique d'un sport à titre professionnel.

8-2 Les affections suivantes

- Les lésions musculaires ou tendineuses,
- Les pathologies vertébrales, telles que cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, névralgies cervico-brachiales, cruralgies, sciatiques, et hernies discales, sauf si elles résultent d'un accident garanti ayant entraîné la fracture d'un corps vertébral (un tassement vertébral n'est pas considéré comme une fracture),
- Les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales, les affections virales, microbiennes, parasitaires et infectieuses ou consécutives à une contamination par prions, y compris suite à une piqûre d'insecte,
- Les hernies inguinales, crurales ou ombilicales,
- Les troubles psychiques survenus par le fait ou à l'occasion du travail.

8-3 Les atteintes corporelles survenues alors que l'assuré est :

- En état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants ou de médicaments psychoactifs non prescrits médicalement. L'état alcoolique est caractérisé par la présence dans le sang d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,50 gramme pour mille ou la présence dans l'air expiré d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre. Cette exclusion n'est pas opposable au conjoint et aux enfants (mineurs, majeurs de moins de vingt-cinq ans, majeurs dont l'assuré ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge de l'assuré décédé) bénéficiaires de l'indemnité correspondant au préjudice patrimonial en cas de décès de l'assuré.
- Conducteur d'un véhicule volé ou d'un véhicule pour lequel il n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation), en état de validité, exigés par la réglementation pour la conduite des véhicules même s'il prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire.
- Occupant d'un véhicule volé ou d'un véhicule dont le conducteur n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation) en état de validité exigés par la réglementation pour la conduite des véhicules même si ce conducteur prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire.

SECTION I - LES GARANTIES EN CAS DE BLESSURES

I. LES GARANTIES COMMUNES À TOUTES LES FORMULES

🔗 Article 9 - Incapacité permanente

9-1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital à un assuré en cas d'incapacité consécutive à un événement couvert dont le taux est au moins égal à 5 % après consolidation.

9-2 Taux d'incapacité

Le taux d'incapacité est fixé par le médecin expert désigné par l'organisme assureur. Le taux d'incapacité est déterminé conformément au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue « Le Concours Médical » (dernière édition).

9-3 Majorations ou abattement opérés sur le calcul du capital versé

9-3-1 Majorations

- Pour inaptitude au travail :

Lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 65 % et que l'assuré, **non retraité**, est médicalement reconnue inapte à se livrer à un travail ou à une occupation lui procurant un gain ou un profit, l'organisme assureur effectue le calcul du capital sur la base d'un taux de 100 %.

- Pour assistance par tierce personne :

Lorsque l'incapacité permanente nécessite l'assistance d'une tierce personne **durant au minimum 2 heures par jour**, la valeur du point servant au calcul du capital est majorée de 50 %.

Cette majoration n'est toutefois pas due lorsque l'assuré demeure placé dans un établissement spécialisé et/ou de soins après la consolidation de ses blessures.

9-3-2 Abattement en raison de l'âge

La valeur du point d'incapacité servant de base au calcul du capital fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 % de la valeur du point d'incapacité.

Pourcentage retenu pour une personne âgée de plus de 70 ans																
Age	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

9-4 Montant du capital

Le capital versé correspond à la somme résultant du produit du taux d'incapacité par la valeur du point, correspondant à ce taux, auquel il convient, le cas échéant, d'appliquer les majorations ou abattement prévus à l'article 9.3, **dans la limite des plafonds figurant à l'article 21.**

Soit : **taux d'incapacité x valeur du point**

Taux d'incapacité permanente (AIPP)	Valeur du point (1) (2)	
	Sans assistance d'une tierce personne	Avec assistance d'une tierce personne ⁽³⁾
De 5 % à 39 %	3680 €	5520 €
De 40 % à 65 %	5215 €	7825 €
> 65 %	6750 €	10125 €

(1) Sous réserve de l'abattement en fonction de l'âge prévu à l'article 9.3.2.

(2) Le capital garanti est calculé en multipliant la valeur du point d'incapacité permanente par le taux d'incapacité retenu dès lors que ce taux est au moins égal à 5 %.

(3) Assistance tierce personne au minimum de 2 heures par jour.

9-5 Aggravation de l'incapacité permanente

L'aggravation se caractérise par une évolution de l'état de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident, modifiant les conclusions médicales relatives au taux d'incapacité fixé initialement.

Si le taux initial était égal ou supérieur à 5 %, l'organisme assureur procède au versement :

- D'un nouveau capital dont le montant correspond à la différence entre :
 - D'une part, le capital calculé en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente, selon les modalités de l'article 9.4,
 - D'autre part, le capital initialement versé.

Si le taux initial était inférieur à 5 %, l'organisme assureur procède au versement d'un capital dont le montant est calculé en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente, selon les modalités de l'article 9.4.

📌 Article 10 - Souffrances endurées et préjudice esthétique permanent

10-1 Objet des garanties

Lorsque l'assuré conserve une incapacité consécutive à un événement couvert dont le taux est au moins égal à 5 %, une prestation indemnitaire est versée si les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent ont donné lieu à une qualification définitive par le médecin-expert dans une échelle de gravité de 0,5 à 7.

Chaque prestation est versée dans la limite des plafonds figurant à l'article 21, et sous déduction des prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) compensant ces pertes.

10-2 Montant de la prestation indemnitaire

Le montant du capital est déterminé à partir des éléments suivants :

Souffrances endurées	Qualification	Préjudice esthétique permanent
550 €	0,5	550 €
1 000 €	1	1 000 €
1 500 €	1,5	1 500 €
2 000 €	2	2 000 €
2 500 €	2,5	2 500 €
4 000 €	3	4 000 €
5 000 €	3,5	5 000 €
6 500 €	4	6 500 €
10 000 €	4,5	10 000 €
12 500 €	5	12 500 €
21 500 €	5,5	21 500 €
31 000 €	6	31 000 €
41 000 €	6,5	41 000 €
50 000 €	7	50 000 €

La prestation est égale à la différence entre :

- d'une part, le montant déterminé selon les éléments indiqués au tableau ci-dessus ;
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de la prestation compensant les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent, réglée au titre de la solidarité nationale par l'ONIAM ;
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de la prestation compensant les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

10-3 Aggravation des souffrances endurées et/ou du préjudice esthétique permanent

Cette aggravation est prise en considération lorsqu'elle est en relation avec une aggravation de l'incapacité permanente ouvrant droit à indemnisation.

Si le taux initial d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 5 %, une nouvelle prestation est versée dont le montant correspond à la différence entre :

- d'une part, la prestation calculée en fonction de la nouvelle qualification des souffrances endurées et/ou du préjudice esthétique permanent, selon les modalités de l'article 10.2,
- d'autre part, la prestation initialement versée.

Si le taux initial d'incapacité permanente était inférieur à 5 %, l'organisme assureur procède au versement d'une prestation selon les modalités de l'article 10.2.

📌 Article 11 - Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant

11-1 Objet des garanties

Lorsque l'assuré conserve une incapacité consécutive à un événement couvert dont le taux est au moins égal à 5 %, les frais d'acquisition initiale de prothèse (fonctionnelles, organiques, optiques, auditives, dentaires) et/ou de fauteuil roulant liés à l'accident lui sont remboursés sur présentation de facture(s) dans la limite du plafond prévu prévue à l'article 21. Ne sont pas pris en charge les frais annexes, tels que les frais de déplacement.

11-2 Montant des garanties

La prestation indemnitaire est égale à la différence entre :

- d'une part, le coût d'acquisition ou de réalisation initiale lié aux frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant,
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant ces frais réglés au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

Chaque prestation est versée dans la limite des plafonds figurant à l'article 21, et sous déduction des prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) compensant ces pertes.

📌 Article 12 - Frais d'aménagements de logement et/ou de véhicule adaptés

12-1 Objet des garanties

Cette garantie a pour objet le versement d'une prestation indemnitaire :

- lorsque l'assuré conserve une incapacité dont le taux est au moins égal à 5 % ;
- et qu'il est confronté, du fait des séquelles imputables à un événement couvert, à des gênes médicalement constatées, engendrées par l'inadaptation de son logement et/ou de son véhicule automobile.

12-2 Montants des garanties

L'organisme assureur définit et chiffre, le cas échéant avec le concours d'un organisme spécialisé, le coût des mesures d'aménagements susceptibles d'adapter le logement et/ou le véhicule au handicap de l'assuré.

La prestation indemnitaire est égale à la différence entre :

- d'une part, le coût d'acquisition ou de réalisation initiale, des mesures d'aménagements,

- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant ces frais réglés au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les frais d'aménagements de logement et de véhicule adaptés, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

Chaque prestation est versée dans la limite des plafonds figurant à l'article 21, et sous déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) compensant ces pertes.

⊙ Article 13 - Aide financière en cas d'hospitalisation

13-1 Objet de la garantie

Lorsque l'assuré est hospitalisé pour une durée continue supérieure à 2 nuits, et que l'hospitalisation est consécutive à un événement couvert, une prestation forfaitaire est versée.

13-2 Montant de la garantie

Le montant de la prestation est de 50 € par jour d'hospitalisation.

La prestation est versée dans la limite des plafonds figurant à l'article 21.

⊙ Article 14 - Pertes de revenus professionnels

14-1 Objet de la garantie

Lorsque l'assuré conserve une incapacité permanente dont le taux est au moins égal à 5 %, l'assuré « actif » tel que défini au titre I « Définitions », a droit au remboursement de ses pertes de revenus professionnels pendant la durée de son incapacité temporaire totale d'activité professionnelle consécutive à un événement couvert. La durée maximale de l'indemnisation est de 1 095 jours par événement couvert et par assuré.

14-2 Revenus pris en compte

Ils sont constitués par la moyenne, sur douze mois des gains et rémunérations provenant de l'activité professionnelle de l'assuré, soumis à l'impôt sur le revenu à titre de traitements, salaires, bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices non commerciaux et bénéfices agricoles.

Lorsque la période d'activité professionnelle de douze mois est incomplète, les revenus définis ci-dessus sont calculés sur la base de la moyenne des revenus perçus lors du ou des derniers mois civils d'activité.

14-3 Détermination de la perte de revenus

La perte de revenus est déterminée :

- à partir des douze derniers bulletins de salaire : pour les travailleurs salariés ;
- à partir du revenu tiré de l'exercice de l'activité professionnelle ne pouvant plus temporairement s'exercer, ayant fait l'objet de l'imposition la plus récente de la part de l'Administration fiscale au titre des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles : les travailleurs non-salariés ;
- sur la base d'un forfait journalier de 50 € : pour les travailleurs non-salariés n'ayant pas encore été imposés.

14-4 Montant de la garantie

La prestation indemnitaire est égale à la différence entre :

- les pertes de revenus visées à l'article 14.2 ;
- et les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) compensant ces pertes.

Chaque prestation est versée dans la limite des plafonds figurant à l'article 21, et sous déduction des prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) compensant ces pertes.

II - LES GARANTIES SPÉCIFIQUES À CERTAINES FORMULES

⊙ Article 15 - Garantie Handicap - uniquement pour la Formule Senior

15-1 Objet de la garantie

Lorsque l'assuré a un handicap en lien direct et exclusif d'un événement couvert et qui est reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), un capital est versé.

15-2 Montant de la garantie

Le montant du capital est de 3000 euros, dans la limite des plafonds figurant à l'article 21.

⊙ Article 16 - Perte d'une année scolaire à la suite d'un accident - uniquement pour les Formules Adulte et Famille

16-1 Objet de la garantie

Cette garantie s'applique à l'assuré lycéen ou étudiant, victime d'un événement couvert, l'empêchant de se présenter à l'examen final, ou de suivre les épreuves de contrôle continu ou les cours et dans l'obligation de recommencer une année d'études, à condition :

- que l'accident survienne le jour de l'examen (sans possibilité de se présenter à une session de remplacement) ;
- ou que l'accident soit à l'origine d'une hospitalisation imprévue d'une durée continue supérieure à 3 jours et survenant dans les 30 jours précédant l'examen ;
- ou que l'accident entraîne une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 20 %.

L'incapacité physique de se rendre à l'examen, de suivre normalement les épreuves de contrôle continu ou les cours, doit être déclarée dans les plus brefs délais.

16-2 Montant de la garantie

La prestation versée correspond aux remboursements des frais listés ci-dessous :

- les frais de scolarité de l'année d'étude en cours ;
- les frais de déménagement liés à la perte d'usage définitive du logement pour l'année d'étude en cours ;
- le montant du loyer mensuel correspondant à la période d'hospitalisation d'une durée continue supérieure à 3 jours.

La prestation est versée sur justificatif(s) et dans la limite des plafonds figurant à l'article 21.

⊙ Article 17 - Garanties en cas de blessures des petits-enfants - uniquement pour la Formule Senior

Lorsque l'assuré a la garde temporaire de ses petits-enfants d'un âge maximum de 17 ans révolus, et en l'absence de leurs parents, les garanties visées au « I » de la présente section et intitulée « Garanties communes à toutes les formules » leur sont applicables.

Un justificatif du lien de filiation entre l'assuré et ses petits-enfants sera demandé pour le versement des prestations de cette garantie.

SECTION II - LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

⊙ Article 18 - Participation aux frais d'obsèques

18-1 Objet de la garantie et bénéficiaire de la prestation

En cas de décès d'un assuré consécutif à un événement couvert et survenant dans les douze mois de cet accident, une prestation indemnitaire est versée à la personne s'étant acquittée des frais d'obsèques sur présentation de la facture de l'entreprise de pompes funèbres.

18-2 Montant de la garantie

La prestation indemnitaire est versée après déduction des prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) ayant pour objet la prise en charge des frais d'obsèques.

La prestation est versée sur justificatif(s) et dans la limite des plafonds figurant à l'article 21.

🕒 Article 19 - Préjudice patrimonial

19-1 Objet de la garantie

Une prestation indemnitaire destinée à compenser la perte de revenus subie à la suite du décès du souscripteur ou du conjoint assuré est versée aux bénéficiaires désignés ci-dessous.

19-2 Bénéficiaire(s) de la garantie

En cas de décès du souscripteur, la prestation indemnitaire est versée :

- au conjoint assuré
- aux enfants assurés (uniquement pour la formule famille) selon la grille de répartition indiquée à l'article 19.4.4. intitulé « Répartition de la moyenne, sur douze mois, des revenus de l'assuré entre les bénéficiaires ».

En cas de décès du conjoint assuré, la prestation indemnitaire est versée :

- au souscripteur
- aux enfants assurés (uniquement pour la formule famille) selon la grille de répartition indiquée à l'article 19.4.4. intitulé « Répartition de la moyenne, sur douze mois, des revenus de l'assuré entre les bénéficiaires ».

19-3 Montant de la garantie

La prestation est versée sous forme de capital et est déterminée sur la base des revenus annuels du souscripteur décédé.

La prestation ne peut excéder les plafonds figurant à l'article 21.

19-4 Fixation des bases de la prestation

19-4-1 Revenus pris en compte

Ils sont constitués par la moyenne, sur douze mois :

- des gains et rémunérations provenant de l'activité professionnelle de l'assuré décédé, soumis à l'impôt sur le revenu à titre de traitements, salaires, bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices non commerciaux et bénéfices agricoles ;
- des indemnités de chômage, ainsi que des pensions ou des rentes versées par un organisme de protection sociale obligatoire ;
- des pensions servies par les différents régimes de base d'assurance vieillesse, les régimes obligatoires de retraite complémentaire et les régimes statutaires ou collectifs de retraite supplémentaire.

Si l'assuré ne percevait aucun des revenus énumérés ci-dessus, ou si la moyenne, sur douze mois, de ces revenus est inférieure au Salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic), il est admis que son activité, domestique ou professionnelle, génère un gain mensuel égal au Smic.

19-4-2 Abattement en raison de l'âge

La moyenne, sur les douze mois, des revenus du défunt fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 %.

Pourcentage retenu pour une personne âgée de plus de 70 ans																
Age	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

19-4-3 Preuve des revenus

Lorsque l'assuré exerçait une activité salariée, les revenus sont prouvés par la production des bulletins de salaire des douze derniers mois ayant précédé l'accident.

Lorsque l'assuré exerçait une activité professionnelle rémunérée mais non salariée, les revenus sont prouvés par la production du dernier avis d'imposition au titre de l'impôt sur le revenu et de l'ensemble des documents communiqués à l'Administration fiscale

en vue de l'imposition des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux et des bénéfices agricoles.

Les indemnités de chômage et les pensions ou les rentes versées par un organisme de protection sociale obligatoire, ainsi que les pensions de retraite, sont prouvées par la production des bordereaux de règlement ou par une attestation établie par l'organisme débiteur, pour les douze derniers mois ayant précédé l'accident.

19-4-4 Répartition de la moyenne, sur douze mois, des revenus de l'assuré entre les bénéficiaires

La part des revenus revenant à chaque bénéficiaire est déterminée par application de la grille de répartition figurant ci-après.

Pour l'application de cette grille, il est admis que le conjoint est sans revenus dès lors que :

- à la date du décès, il n'exerce aucune profession rémunérée et ne perçoit aucune allocation de chômage, rente ou pension dans le cadre d'un régime obligatoire de protection sociale ou de retraite, Et
- il ne peut prétendre, en raison du décès, au versement d'une pension de réversion servie par un régime de base d'assurance vieillesse ou un régime obligatoire de retraite complémentaire ou un régime statutaire ou collectif de retraite supplémentaire.

Nombre de bénéficiaires	Part du conjoint et des autres bénéficiaires			Part de chaque bénéficiaire en l'absence de conjoint	Dans le cas où le conjoint dispose de revenus inférieurs à 25 % de ceux de l'assuré décédé, appréciés selon les mêmes modalités que pour ce dernier, il lui est attribué une part des revenus du disparu égale à : 40 % si le conjoint est le seul bénéficiaire, 30 % si le conjoint n'est pas le seul bénéficiaire.
	Conjoint sans revenu	Conjoint avec revenu	Chaque autre bénéficiaire	Chaque autre bénéficiaire	
1	50 %	25 %		50 %	
2	40 %	15 %	20 %	30 %	
3	40 %	15 %	15 %	20 %	
4	40 %	15 %	13 %	17 %	
5	40 %	15 %	10 %	15 %	
6 et +	40 %	15 %	40 % divisés par le nombre des autres bénéficiaires	80 % divisés par le nombre des autres bénéficiaires	

19-5 Contenu de la garantie

La prestation versée à chaque bénéficiaire est égale à la différence entre :

- d'une part, la part des revenus annuels attribuée au bénéficiaire, capitalisée en fonction du coefficient de capitalisation mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application des articles R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident, correspondant à l'âge et au sexe, au jour de l'accident :
 - de celui qui, de l'assuré décédé ou de son conjoint, est le plus âgé en ce qui concerne la capitalisation de la part du conjoint,
 - du bénéficiaire âgé de moins de 25 ans, en ce qui concerne la capitalisation de sa part jusqu'à ses 25 ans,
 - de l'assuré décédé, en ce qui concerne la capitalisation de la part d'un bénéficiaire âgé de 25 ans et plus.
- d'autre part :
 - les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) et versées à titre personnel au(x) bénéficiaire(s) en raison du décès de l'assuré. Lorsqu'elles sont versées sous forme de pension ou de rente, ces prestations sont capitalisées en fonction du coefficient de capitalisation, mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application des articles R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident, correspondant à l'âge et au sexe du bénéficiaire au jour de leur premier versement,
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant le préjudice patrimonial du bénéficiaire réglé au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les pertes de revenus des proches, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

La prestation ne peut être révisée en cas de modification ultérieure des prestations des tiers payeurs.

🔗 Article 20 - Préjudice d'affection

20-1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de réparer la douleur morale subie par les victimes par ricochet suite au décès accidentel d'un assuré.

20-2 Montant de la garantie et bénéficiaire(s) des prestations

Elle est versée sous la forme d'une prestation forfaitaire aux victimes par ricochet définies limitativement dans le tableau ci-dessous :

Assuré(s) décédé(s)	Victime(s) par ricochet	Capital maximum garanti
		Le conjoint de l'assuré tel que défini au Titre I « Définitions » et ayant cette qualité au jour du décès
	Père(s) et/ou mère(s)	10 000 € par parts égales
	Enfants (1)	35 000 € par parts égales
	Petits-enfants (2)	10 000 € par parts égales
	Frères et sœurs	5 000 € par parts égales

(1) Assurés ou non au contrat, quel que soit leur âge, économiquement à charge ou non.

(2) Quel que soit leur âge, économiquement à charge ou non.

🔗 Article 21 - Plafonds des garanties

21-1 Plafond des garanties en cas de blessures

Les plafonds suivants s'entendent par événement couvert et par assuré :

Incapacité permanente (taux d'incapacité permanente - AIPP)	Capital maximum garanti (1)	
	Sans assistance d'une tierce personne	Avec assistance d'une tierce personne (2)
De 5 % à 39 %	143 520 €	215 280 €
De 40 % à 65 %	338 975 €	508 625 €
> 65 %	675 000 € (3)	1 012 500 € (3)

Souffrances endurées	Plafond : 50 000 €	
Préjudice esthétique permanent	Plafond : 50 000 €	
Frais de prothèse	Frais réels, dans la limite du plafond global d'indemnisation	
Frais de fauteuil roulant	Frais réels, dans la limite du plafond global d'indemnisation	
Frais d'aménagement	Logement adapté	Véhicule adapté
	Plafond : 110 000 €	Plafond : 70 000 €
Aide financière en cas d'hospitalisation	Plafond : 1 500 €	
Perte de revenus professionnels	Plafond : 50 000 €	
Garantie Handicap	Capital maximum garanti : 3 000 €	
Perte d'une année scolaire à la suite d'un accident	Lycéen	Etudiant
	Plafond : 3 000 €	Plafond : 20 000 €

(1) Sous réserve de l'abattement en fonction de l'âge prévu à l'article 9.3.2

(2) Assistance tierce personne au minimum de 2 heures par jour.

(3) Capital maximum pour un taux d'IP > 65 % et si le blessé est inapte au travail.

21-2 Plafond des garanties en cas de décès

Les plafonds suivants s'entendent par événement couvert et par assuré :

Participation aux frais d'obsèques	Plafond : 5 000 €
Préjudice patrimonial	Plafond : 950 000 €
Préjudice d'affection	Plafond : 80 000 €

21-3 Plafond global

L'assuré est couvert dans la limite d'un plafond global de 1 500 000 €. Ce plafond global s'applique par événement couvert et par assuré.

Si la totalité du coût du sinistre dépasse ce plafond, il sera versé à chaque bénéficiaire une quote-part proportionnelle de(s) prestation(s) lui revenant.

21-4 Règle de cumul des prestations

Lorsqu'un assuré décède des suites d'un accident après qu'une indemnité lui ait été versée au titre des garanties en cas de blessures, les prestations dues au titre des garanties en cas de décès sont versées au(x) bénéficiaire(s) après déduction des sommes déjà réglées au titre des garanties en cas de blessures et **dans les limites du plafond global.**

TITRE IV - LA VIE DU CONTRAT

SECTION I - CONDITIONS DE SOUSCRIPTION ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT

🔗 Article 22 - Conditions de souscription

Les caractéristiques de la souscription sont mentionnées sur le **bulletin de souscription et reprises sur les Conditions particulières. Le souscripteur doit être âgé au minimum de 18 ans révolus et au maximum de 70 ans (âge anniversaire).**

Le souscripteur doit signer et compléter le bulletin de souscription. La souscription est subordonnée à l'acceptation de l'organisme assureur.

Les garanties prennent effet à la date de souscription figurant aux Conditions particulières, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation. **Seuls les accidents survenant après cette date sont couverts.**

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à la souscription.

🔗 Article 23 - Prise d'effet et durée du contrat

23-1 Prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet le jour de la signature du bulletin de souscription sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'organisme assureur et de l'encaissement effectif de la première cotisation telle qu'indiquée sur le bulletin de souscription.

La date d'effet fixe le point de départ des garanties, elle figure dans les Conditions particulières.

23-2 Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire de la date d'effet sauf cas de résiliation prévus à l'article 29.

En tout état de cause, le contrat prend fin au jour du décès du souscripteur.

SECTION II - FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

🔗 Article 24 - Obligation de déclaration

L'organisme assureur fonde ses engagements sur les déclarations du souscripteur. A la souscription et en cours de vie de celle-ci, le souscripteur doit donc signaler tout changement :

- de situation professionnelle ;
- de situation familiale et, en particulier :
 - le décès d'un assuré.
- de situation matrimoniale ;
- d'adresse ;

ainsi que toutes circonstances nouvelles aggravant ou diminuant le risque.

Cette déclaration doit avoir lieu par lettre recommandée dans les 15 jours à compter du changement de situation.

En cas de changement de situation entraînant un changement de risque, le souscripteur peut demander à changer de formule. Si l'organisme assureur n'y consent pas, le souscripteur peut dénoncer le contrat. La résiliation prend alors effet dans les conditions prévues par l'article 29 des Conditions Générales.

Si le changement de situation constitue une aggravation du risque, l'organisme assureur peut, dans les conditions prévues à l'article L.113-4 du Code des assurances :

- soit résilier le contrat ;
- soit proposer un nouveau montant de cotisation.

Si le souscripteur n'accepte pas cette proposition, l'organisme assureur peut résilier le contrat. La résiliation sera notifiée au souscripteur par envoi d'une lettre.

Le souscripteur doit également déclarer, à tout moment, toute renonciation de sa part à un recours éventuel à l'encontre de tout responsable d'un sinistre.

🕒 Article 25 - Modification du contrat

Toute modification du contrat doit être demandée par lettre recommandée. Elle prendra effet, après acceptation de l'organisme assureur à la date figurant sur l'avenant constatant la modification.

🕒 Article 26 - Obligation de déclaration non respectée

26-1 Fausses déclarations

26-1-1 Réticences ou fausses déclarations intentionnelles

En application de l'article L113-8 du Code des assurances, indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26 du Code des assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé de la part du souscripteur a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'organisme assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. L'organisme assureur pourra, par ailleurs, engager des poursuites pour la récupération des prestations indûment réglées.

26-1-2 Omissions ou fausses déclarations non intentionnelles

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du souscripteur dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité du contrat d'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'organisme assureur peut, soit maintenir le contrat, moyennant une augmentation de cotisation, soit résilier le contrat dix jours après notification au souscripteur par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. Il pourra également être fait application des dispositions de l'article L132-26 du Code des assurances.

🕒 Article 27 – Cotisation

27-1 Modalités de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle dépend de la formule choisie.

La cotisation est payable annuellement et d'avance à la date anniversaire du contrat ou s'il s'agit d'un jour férié, au 1^{er} jour ouvré suivant. Sa périodicité et son montant sont indiqués aux Conditions particulières.

27-2 Non-paiement de la cotisation

La cotisation doit être réglée dans les 10 jours de son échéance. A défaut, l'organisme assureur adressera au souscripteur une lettre recommandée en réclamant le montant. Le souscripteur devra alors, impérativement, payer celle-ci dans les 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, ainsi que les cotisations venues à échéance pendant ce délai.

A l'issue de ce délai, si les cotisations ne sont toujours pas payées, le contrat sera définitivement résilié. Aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de 40 jours précitée de suspension des garanties ou après la résiliation du contrat.

L'organisme assureur a droit au paiement de la cotisation couvrant la période antérieure à la résiliation.

27-3 Révision de la cotisation

La cotisation peut évoluer, chaque année à la date anniversaire du contrat indiquée aux conditions particulières ou dès le jour de l'avenant en cas de modification de souscription, en fonction des résultats du contrat, et de la revalorisation.

Le souscripteur peut résilier sa souscription en cas de majoration de la cotisation annuelle consécutive à la révision de la cotisation annuelle dans les conditions prévues par l'article 29 des Conditions Générales.

Le prorata de cotisation afférent à la période de garantie allant jusqu'à la date de résiliation est alors calculé sur la base de l'ancien tarif et demeure exigible. À défaut de résiliation, l'organisme assureur considère que le souscripteur accepte la nouvelle cotisation.

🕒 Article 28 - Revalorisation

L'organisme assureur se réserve le droit de revaloriser :

- Les cotisations et les franchises correspondant à l'ensemble des garanties,
- Les plafonds de garantie indiqués à l'article 21.

Cette revalorisation prend effet à la date anniversaire de la souscription.

Les revalorisations sont fixées sur décision de l'organisme assureur.

🕒 Article 29 - Résiliation du contrat

Votre demande de résiliation peut être adressée dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur à la date de votre demande notamment :

- par envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr ;
- par lettre recommandée (datée et signée) avec avis de réception ou par lettre simple à l'adresse suivante : MUTEX - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex ou à l'adresse postale de votre correspondant de gestion habituel ;
- par e-mail envoyé à votre correspondant de gestion habituel. Lorsqu'elle est envoyée par e-mail, votre demande de résiliation doit être transmise, en pièce jointe, en format pdf afin d'être recevable.

En tout état de cause, votre demande de résiliation peut être effectuée selon l'une des autres modalités prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

Vous trouverez, ci-après, les différentes possibilités de résiliation prévues légalement ou contractuellement.

Possibilités de résiliation à votre initiative

Motif de la résiliation	Date de prise d'effet de la résiliation	Conditions	Texte(s) applicable(s)
À tout moment, (à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat)	Un mois après notification de votre demande de résiliation		Article 29 des Conditions Générales
Majoration résultant de la révision de la cotisation annuelle (autre que légale ou contractuelle)	30 jours après notification de votre demande de résiliation	La demande doit être faite dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'avis d'échéance. Le prorata de cotisation afférent à la période de garantie allant jusqu'à la date de résiliation est alors calculé sur la base de l'ancien tarif et demeure exigible.	Article 27-3 des Conditions Générales

En cas de changement de situation entraînant un changement de risque, si l'organisme assureur ne consent pas au changement de formule demandé par le souscripteur, ce dernier peut dénoncer le contrat.	La résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation.	L'organisme assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.	Article 24 des Conditions Générales
---	--	--	-------------------------------------

Possibilités de résiliation à votre initiative ou à notre initiative

Motif de la résiliation	Date de prise d'effet de la résiliation	Conditions	Texte(s) applicable(s)
Chaque année, à la date anniversaire du contrat	Chaque année, à la date anniversaire du contrat	Préavis de 2 mois	Article L.113-12 du Code des assurances

Possibilités de résiliation à notre initiative

Motif de la résiliation	Date de prise d'effet de la résiliation	Conditions	Texte(s) applicable(s)
Non-paiement de la Cotisation	40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure ou, lorsque cette lettre ne prévoit pas la résiliation de l'adhésion, le jour de l'envoi d'une nouvelle lettre recommandée destinée à notifier la résiliation de l'adhésion pour non-paiement	Envoi préalable d'une lettre recommandée de mise en demeure	Articles L.113-3 R.113-1 du Code des assurances
Aggravation du risque	10 jours après notification de la résiliation ou 30 jours après l'envoi d'une proposition avec un nouveau montant de cotisation à laquelle l'assuré ne donne pas suite ou refuse expressément		Article L.113-4 du Code des assurances

⊗ Article 30 - Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- lorsque les enfants perdent la qualité d'assuré c'est-à-dire lorsqu'ils ne répondent plus à la définition figurant au titre I « Définitions » ;
- lorsque le conjoint perd la qualité d'assuré c'est-à-dire lorsqu'il ne répond plus à la définition figurant au titre I « Définitions » ;
- à l'issue de la procédure de résiliation pour non-paiement des cotisations figurant à l'article 27.2.
- au décès du souscripteur

TITRE V - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

⊗ Article 31 - Délais de déclaration du sinistre

31-1 Informations et documents à adresser dans la déclaration initiale

Dans les plus brefs délais, l'assuré doit indiquer à l'organisme assureur :

- La date et les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées, la nature des atteintes corporelles,
- Les coordonnées des personnes dont l'assuré a connaissance : le nom et l'adresse des victimes, des témoins, de l'auteur du sinistre ou de la personne civilement responsable,
- Si un procès-verbal a été établi, et dans l'affirmative par quelle autorité.

31-2 Informations et documents à adresser au cours de la gestion du dossier de sinistre

En cas d'atteintes corporelles, l'assuré doit fournir à l'organisme assureur, sous pli confidentiel, les données médicales nécessaires pour vérifier l'imputabilité du dommage et obtenir l'indemnisation de son préjudice.

En cas de blessures, l'assuré doit notamment communiquer à l'organisme assureur :

- dans les 10 jours suivant sa réception, le questionnaire transmis par l'organisme assureur, intégralement complété et accompagné d'un certificat médical descriptif des blessures établi par le médecin qui a examiné initialement l'assuré.
- ultérieurement, à la demande de l'organisme assureur, les documents permettant de connaître le montant définitif des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (Annexe I) et des indemnités versées par l'ONIAM et le FGTI.
- toute autre pièce qui pourrait être nécessaire à l'étude du dossier.

L'assuré doit également se rendre à toute convocation du médecin expert que l'organisme assureur aura désigné, ou accepter sa visite.

En cas de décès, le bénéficiaire doit communiquer à l'organisme assureur :

- dans les 10 jours suivant sa réception, le questionnaire transmis par l'organisme assureur, intégralement complété et accompagné d'un extrait d'acte de décès et d'un certificat médical précisant que le décès est consécutif à l'accident.
- ultérieurement, à la demande de l'organisme assureur, les documents permettant de connaître le montant définitif des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (Annexe I) et des indemnités versées par l'ONIAM et le FGTI.
- toute autre pièce qui pourrait être nécessaire à l'étude du dossier.

En cas de sinistre concernant un enfant du souscripteur et/ou du conjoint assuré, l'assuré ou le bénéficiaire doit communiquer la copie du livret de famille et du dernier avis d'imposition.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin conseil de l'organisme assureur.

31-3 Sanction

En cas d'inexécution des prescriptions prévues, l'organisme assureur sera fondé à réclamer une indemnité proportionnelle aux dommages que cette inexécution lui aura causé.

Est déchu de tout droit à garantie l'assuré qui, sciemment :

- fait de fausses déclarations sur la nature, les circonstances, les causes, les conséquences du sinistre,
- emploie comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers.

Le refus non justifié de l'assuré de se soumettre aux dispositions prévues entraîne la perte de tout droit à indemnisation pour l'événement en cause.

⊗ Article 32 - Paiement des prestations

32-1 Information

L'organisme assureur informe l'assuré de sa position ou de ses attentes par tout moyen, sous réserve de la force majeure qui est notamment constituée lorsque des événements exceptionnels atteignent un très grand nombre de victimes.

32-2 Gestion du dossier de l'assuré

L'organisme assureur se charge, en cas de sinistre garanti, de l'instruction et de la gestion du dossier et fait procéder à ses frais aux opérations d'expertises nécessaires.

En cas de décès, l'organisme assureur se réserve la possibilité de faire procéder à une expertise médicale sur pièces.

32-2-1 Traitement des désaccords

• Litige d'ordre médical dans le cadre des prestations

Pour être recevable, toute contestation doit être effectuée dans les 3 mois à compter de la notification à votre égard de la décision prise par le médecin conseil de l'organisme assureur.

Une commission sera ensuite réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée d'un médecin dont l'assuré aura le libre choix (ou son médecin traitant), du médecin représentant l'organisme

assureur et enfin d'un troisième médecin désigné par les deux premiers (ou par le tribunal compétent dans le ressort duquel se trouve le lieu de résidence de l'assuré s'il n'y avait pas accord sur le choix).

Les honoraires du médecin désigné par l'assuré seront à la charge de l'assuré.

Les honoraires du médecin qui représentera l'assureur seront à la charge de l'organisme assureur.

Les honoraires du tiers expert qui est intervenu en tant qu'arbitre seront à la charge de la partie perdante.

• Litige au sujet du calcul des indemnités

Dans le cas où l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s), d'une part, et l'organisme assureur, d'autre part, ne peuvent pas se mettre d'accord sur le montant des indemnités devant être attribuées, la résolution du différend peut être recherchée par la mise en œuvre de la procédure de traitement des réclamations à l'article 36.

32-3 Paiement de l'indemnité

32-3-1 Offre définitive

L'organisme assureur s'engage à présenter une offre définitive d'indemnisation à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s), dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives qu'elle leur aura réclamé ou des conclusions d'expertise fixant définitivement le taux d'incapacité.

32-3-2 Offre provisoire

Si le médecin expert ne peut conclure de façon définitive mais estime que l'incapacité permanente directement imputable à l'accident sera au minimum de 5 %, une offre provisionnelle sera faite dans le mois suivant la communication de l'estimation du médecin.

Le montant de l'indemnité provisionnelle est déduit du montant de l'offre définitive d'indemnisation.

En cas de solde négatif, l'assuré n'est pas tenu de restituer le trop-perçu.

32-3-3 Paiement

Le paiement des indemnités sera effectué dans un délai de 1 mois à partir de l'acceptation de l'offre.

32-3-4 Avance sur recours

Lorsque l'accident engage la responsabilité totale ou partielle d'un tiers, quel qu'il soit, les indemnités sont versées à titre d'avance sur la réparation de l'ensemble du préjudice de l'assuré ou du bénéficiaire dont est redevable, le tiers responsable, son assureur ou tout organisme débiteur d'indemnités, de toute nature, du chef du même préjudice.

Toutefois, les indemnités suivantes :

- Capital en cas d'incapacité permanente,
- Aide financière en cas d'hospitalisation,

Sont définitivement acquises à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s).

32-3-5 - Subrogation

Pour les prestations indemnitaires listées à l'article 2, Mutex est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

TITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES ET DROITS DU SOUSCRIPTEUR

⊙ Article 33 - Droit de renonciation

Le souscripteur peut renoncer à sa souscription et être remboursé pendant les 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin de souscription.

Cette renonciation doit être faite :

- par un envoi recommandé électronique à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr

ou

- par lettre recommandée avec avis de réception datée, signée et envoyée à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ou à défaut à l'adresse suivante : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Elle peut être rédigée selon le modèle suivant :

« Désirant bénéficier de la faculté de renoncer à ma souscription à Assurance Accidents de la vie n° _____ effectuée en date du _____, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mon versement de _____, et ce, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente.

Date et Signature ».

La renonciation entraîne la restitution au souscripteur-assuré de l'intégralité de la cotisation versée dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception du recommandé électronique ou de la lettre recommandée.

⊙ Article 34 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties est une personne distincte de l'assuré.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) 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 avis de réception adressée par l'assureur au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le(s) bénéficiaire(s) à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

⊙ Article 35 - Protection des données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel, et le cas échéant celles de vos éventuels bénéficiaires, collectées tout au long de la relation contractuelle, font l'objet de traitements mis en œuvre par Mutex, l'organisme assureur, ainsi que par l'organisme distributeur, et l'organisme gestionnaire en cas de délégation de gestion.

Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du présent contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du présent contrat. En cas de délégation de gestion, l'organisme gestionnaire est sous-traitant de l'organisme assureur délégant. Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

Ces organismes mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel licites au regard de leurs finalités.

Traitements nécessaires à l'exécution du contrat : étude des besoins – passation, gestion et exécution du contrat – contrôle et surveillance du risque – gestion de la relation commerciale – gestion des réclamations, des contentieux et du recouvrement – l'exercice des recours.

Traitements nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle ces organismes sont soumis : l'identification et la connaissance client afin de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés et l'exercice du devoir de conseil - la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme - le prélèvement à la source - la détection et l'identification des contrats en déshérence - la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés - le respect des sanctions économiques et financières internationales notamment le gel des avoirs – la lutte contre la corruption - la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques - répondre aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demande de communication.

Traitements nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par les organismes : élaboration des statistiques et études actuarielles - recherches et développement – améliorer des produits, de la qualité des services et de la connaissance client – lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) – opérations de communication et de fidélisation – prospection d'un particulier par voie postale ou par des appels téléphoniques - prospection d'un client par voie électronique pour des biens et des services analogues à ceux déjà fournis - gestion du clientèle intra-groupe.

Traitements auxquels vous auriez consenti : prospection d'un particulier par voie électronique pour des biens et services non analogues à ceux fournis.

Concernant les données relatives à votre état de santé, le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice de vos droits ou à ceux de Mutex en matière de droit à la protection sociale. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret médical sont exclusivement destinées au Service Médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex.

Toutes les données collectées sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. A défaut de fourniture des données obligatoires, ces organismes seront dans l'impossibilité de traiter vos demandes. Dans ce cadre, ces organismes sont tenus de s'assurer que vos données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. En outre, en vertu d'une obligation légale, ces organismes pourront solliciter des informations et / ou des pièces justificatives complémentaires.

Vos données personnelles sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que le cas échéant à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et coassureurs, organismes administratifs/professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation client varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes précités et des prescriptions légales applicables.

Si vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires, venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, les responsables de traitements s'assureront que le tiers fournit des garanties appropriées concernant le transfert ou fonde le transfert sur la base d'une décision d'adéquation au sens de la réglementation.

Les responsables de traitements et leurs partenaires s'engagent à ne pas exploiter vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées et à ce que vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les responsables de traitements et leurs partenaires s'engagent également à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement de vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires et à notifier à la CNIL et de vous informer en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions de la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous, et vos éventuels bénéficiaires, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à vos situations particulières, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement. Concernant le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre

le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme il s'exerce auprès de la CNIL.

Pour exercer ces droits, il convient d'écrire à dpo@mutex.fr ou à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, TSA 74058, 92321 Châtillon cedex. Pour toute question ou exercice de droit concernant le traitement des données personnelles relatives à votre état de santé, vous devez vous adresser par courrier au Médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - TSA 74058 - 92321 Châtillon cedex.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Vous êtes informés que si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant vos numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Votre inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de votre inscription.

Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr.

📌 Article 36 - Réclamations et litiges

Pour toute réclamation liée à l'exécution du présent contrat, vous (ou vos bénéficiaires) pouvez vous adresser par priorité à l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou à Mutex via l'un des canaux suivants :

- par courrier auprès du service Qualité Relation Adhérents de Mutex : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites ;
- via le formulaire de contact [mutex.fr](https://www.mutex.fr/nouscontacter/) : <https://www.mutex.fr/nouscontacter/>

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou l'assureur n'a pu donner immédiatement entière satisfaction, vous (ou vos bénéficiaires)

pouvez formaliser votre mécontentement via l'un des canaux précités.

Quel que soit le point de contact, vous recevrez un accusé de réception par écrit de votre réclamation écrite dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai).

En tout état de cause, Mutex s'engage à vous répondre dans un délai n'excédant pas 2 mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à Mutex sont accessibles sur le site www.mutex.fr.

📌 Article 37 - Médiation

Mutex met à disposition de ses assurés, bénéficiaire(s) et de toute personne dûment mandatée pour représenter l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du présent contrat, non résolue lors du règlement de la réclamation.

La procédure de médiation suspend la prescription.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou le bénéficiaire des prestations si la réponse apportée à la réclamation est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée,

- par priorité par internet : www.mediation-assurance.org ;

- à défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance -TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la médiation de l'assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la médiation de l'assurance.

Les informations liées à la saisine du médiateur sont accessibles sur le site ww.mutex.fr.

🕒 Article 38 : Information annuelle

Après enregistrement et acceptation de la souscription, le souscripteur recevra les Conditions particulières.

Chaque année, avant l'échéance annuelle du contrat, un avis d'échéance indiquant notamment le montant de la prochaine cotisation annuelle ainsi que les garanties souscrites sera adressé.

🕒 Article 39 - Langue et droit applicables au contrat

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles. Il est convenu entre l'assureur et le souscripteur que la langue utilisée pendant la durée du contrat est la langue française.

Conformément à l'article L. 423-1 du Code des assurances, Mutex est adhérente au fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurances de personnes.

TITRE VII : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

🕒 Article 40 - Objet

Le présent titre a pour objet de définir les conditions dans lesquelles le candidat à l'assurance, l'assureur et le distributeur reconnaissent aux documents contractuels signés et transmis par voie électronique, la qualité de documents originaux et les admettent comme mode de preuve au même titre qu'un écrit sur support papier.

🕒 Article 41 - Définitions

Signature électronique

Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (article 1367 alinéa 2 du Code civil).

Support Durable

Tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (article L.111-9 du Code des assurances).

🕒 Article 42 - Champ d'application

Les conditions définies ci-après s'appliquent dès la première opération effectuée au moyen d'une signature électronique dans le cadre de la souscription au présent contrat d'assurance.

Ces conditions sont également valables pour toutes les demandes d'opérations ultérieures signées de manière électronique en cours de vie du contrat.

🕒 Article 43 - Modalités de la signature électronique

La signature des documents contractuels est réalisée selon le procédé qui suit :

- Le candidat à l'assurance renseigne les informations demandées (nom, prénom, adresse postale, coordonnées bancaires...), choisit les options et les garanties, sélectionne la cotisation, le mode de paiement et la périodicité et joint les justificatifs demandés.
- Par un clic sur « signature électronique » il accède à un espace sécurisé du tiers de confiance choisi et procède à la lecture

et la vérification de ses réponses figurant dans les documents précontractuels.

- S'il approuve les informations figurant sur les documents, le candidat à l'assurance coche l'encart selon lequel il déclare avoir lu les documents et en accepte le contenu.
- Puis il renseigne le code confidentiel qui lui a été adressé par SMS par le tiers de confiance sur le numéro de téléphone mobile qu'il aura communiqué et qui permet l'authentification du signataire.
- Il coche les encarts au moyen desquels :
 - il reconnaît avoir lu et accepte les Conditions générales d'utilisation ainsi que les Conditions spécifiques d'utilisation du tiers de confiance choisi ;
 - il reconnaît avoir lu et accepte la Politique de Protection des Données du tiers de confiance.
- Il clique sur « Signer » pour procéder à la signature des documents contractuels ou le cas échéant conserve la possibilité de refuser de signer ces documents.
- Lorsqu'il a cliqué sur « Signer », un écran de confirmation de la prise en compte de la souscription au présent contrat d'assurance s'affiche, indiquant la date de sa prise d'effet.
- Un mail de confirmation lui est ensuite envoyé à l'adresse mail qu'il aura renseigné avec les documents signés sous format PDF en pièce jointe.
- Ces documents seront également stockés sur l'espace personnel du signataire s'il en a ouvert un.

🕒 Article 44 - Horodatage

Les éléments collectés lors de la signature électronique sont consignés dans un fichier de preuve garantissant la fiabilité du processus de signature des documents contractuels.

Le fichier de preuve contient l'ensemble des actions effectuées par le signataire ainsi que les documents contractuels signés.

Le fichier de preuve est scellé au moyen d'un cachet électronique émis par le tiers de confiance, horodaté et conservé de manière à en garantir l'intégrité et n'est accessible que par l'assureur.

🕒 Article 45 - Force probante du document signé électroniquement

L'assureur et le candidat à l'assurance reconnaissent que tout document signé de manière électronique :

- constitue l'original du document ;
- est une preuve littérale et possède la même valeur probante qu'un écrit signé de façon manuscrite sur support papier (article 1316-3 du Code civil) ;
- est parfaitement valable et opposable par l'assureur au candidat à l'assurance.

Le candidat à l'assurance et l'assureur conviennent que le document signé électroniquement ne confère pas plus de droits que s'il avait été établi, signé et conservé sur support papier.

Ils reconnaissent également que la signature électronique des documents contractuels vaut preuve de son contenu, de l'identité du signataire et entraîne le consentement de chacun d'eux aux droits et obligations qui en découlent.

En outre, l'assureur et le candidat à l'assurance entendent que le procédé d'horodatage mis en œuvre dans le cadre de la signature électronique du document constitue la modalité de preuve de la date de sa signature.

🕒 Article 46 - Transmission par voie électronique

Si le candidat à l'assurance opte pour la signature électronique, il doit, au préalable, télécharger les documents contractuels et certifier les avoir enregistrés et/ou imprimés pour pouvoir s'y reporter ultérieurement.

Tout document signé électroniquement pourra faire l'objet d'une transmission via un support durable autre que papier.

Le candidat à l'assurance peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation avec l'assureur ou à n'importe quel moment.

Les documents contractuels doivent être conservés et stockés par le candidat à l'assurance sur son ordinateur ou tout autre moyen de stockage de son choix.

Le candidat à l'assurance peut à tout moment en demander un exemplaire papier à l'assureur.

L'assureur pourra également délivrer toute information ou toute correspondance au candidat à l'assurance par voie électronique (e-mail) et via son espace personnel, le cas échéant.

Le candidat à l'assurance est réputé avoir pris connaissance de la correspondance et de son contenu du seul fait de son envoi sur l'adresse électronique, telle que déclarée à l'assureur.

Le candidat à l'assurance reconnaît également que tout document signé électroniquement par lui et transmis par voie électronique a force probante de son envoi et de sa réception et peut lui être valablement opposé.

ANNEXES

ANNEXE I - TEXTE DE L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 85-677 DU 5 JUILLET 1985

Seules les prestations énumérées ci-après versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur :

1. Les prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de Sécurité sociale et par ceux qui sont mentionnés aux articles 1106-9, 1234-8 et 1234-20 du Code rural.
2. Les prestations énumérées au II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques.
3. Les sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation.
4. Les salaires et les accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage.
5. Les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régis par le Code de la Mutualité (Loi n° 94-678 du 8 août 1994, art. 15), « les institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale ou le Code rural et les Sociétés d'assurance régies par le Code des assurances ».



2495600

Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon

Assureur des garanties d'assistance :

RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE

Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité,
immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682.

Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex

Assureur de la protection juridique :

CFDP ASSURANCES

entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances,

Société Anonyme au capital de 1 692 240 €.

Siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON

Distributeur :

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité,
immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473.

Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris

Sommaire

DOMAINE D'APPLICATION	18
PRESTATIONS D'ASSISTANCE SUITE À UN ACCIDENT GÉNÉRANT UNE HOSPITALISATION OU UNE IMMOBILISATION	20
PRESTATIONS D'ASSISTANCE SUITE À UN ACCIDENT EN MONTAGNE EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER	22
ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'ACCIDENT À L'ÉTRANGER	23
ÉVALUATION ET ORIENTATION PSYCHOSOCIALE SUITE À UN ACCIDENT	26
ACCOMPAGNEMENT AU RETOUR À L'EMPLOI SUITE À UN ACCIDENT	26
PRESTATIONS D'ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP SUITE À UN ACCIDENT	27
PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS SUITE À UN ACCIDENT	29
CADRE JURIDIQUE DE L'ASSISTANCE	30
PROTECTION JURIDIQUE DES GARANTIES ACCIDENT DE LA VIE	32

DOMAINE D'APPLICATION

① - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les assurés concernés.

Sont couverts par la présente convention :

- les assurés au contrat Garantie Accident de la Vie.

② - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de MUTEX Garantie Accident de la Vie.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'assuré auprès de MUTEX aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

③ - Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France** (au-delà de 50 km du domicile, pour la prestation « Transfert de corps en cas de décès » et « Transfert médical »),
- dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.

* Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

** Pour les DROM, l'assuré qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

④ - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente convention :

- une hospitalisation suite à un accident,
- une immobilisation suite à un accident,
- les accidents en montagne,
- le harcèlement scolaire,
- le décès d'un assuré suite à un accident.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

⑤ - Modalités de mise en œuvre

**POUR CONTACTER L'ASSISTANCE SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

Par téléphone :

N°Cristal 09 69 36 75 92

APPEL NON SURTAXE

Pour les assurés résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger : Par téléphone : 00 33 9 69 36 75 92

**Pour toute transmission de documents médicaux
uniquement, merci de les adresser à
medecinconseil@rmassistance.fr**

**POUR CONTACTER LA PROTECTION JURIDIQUE DU
LUNDI AU VENDREDI DE 09 h A 17 h 45**

Par téléphone : en contactant le numéro ci-dessus.

Par courrier à : Cfdp Assurances - 569 rue Félix Trombe -
Tecnosud - C.S. 60011 - 66028 PERPIGNAN cedex

Par télécopie au : 04 68 55 95 21

Par mail à : mutex@cfdp.fr

Sans oublier :

- de rappeler votre numéro d'assuré,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1^{er} appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le transfert/rapatriement de corps en cas de décès, le conseil, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter l'assuré mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés sont des pièces originales ou des copies certifiées qui seront susceptibles d'être acheminées sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'assisteur, si elles comportent des informations relevant du secret médical. A cet effet, l'assisteur met à disposition du bénéficiaire une enveloppe préaffranchie pour la réponse.

⑥ - Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations. Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

⑦ - Application des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur en outre-mer, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

L'Assisteur intervient à la condition expresse que l'événement qui amène l'Assisteur à fournir la prestation demeurerait incertain au moment du Sinistre.

L'intervention de l'Assisteur ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels l'Assisteur aurait l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des assurés, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'Assisteur ne participe pas aux dépenses que l'assuré a engagées de sa propre initiative.

Toutes les dépenses que l'assuré aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

8 - Définitions

Pour l'application de la présente notice, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels. Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les infarctus du myocarde ;
- les ruptures d'anévrisme ;
- les accidents vasculaires cérébraux ;
- les lombalgies, les lumbagos ;
- les sciatiques ;
- les éviscérations ;
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- les hydrocutions ;
- les hernies abdominales ;
- les lésions méniscales.

Activité de sports ou de loisirs : désigne la pratique, à titre individuel, de toutes disciplines ou activités sportives exercées en amateur lors d'un séjour à la montagne durant les périodes d'ouverture des stations de ski.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile de l'assuré. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux familiers de compagnie : sont considérés comme animaux familiers de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, l'ascendant doit être dépendant, à charge fiscalement de l'adhérent et vivant sous le même toit.

Assuré : Personne physique désignée sur le bulletin de souscription sur la tête de laquelle reposent les risques garantis.

Auxiliaire de vie sociale : L'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Bénéficiaire : est considéré comme bénéficiaire les membres de la famille de l'assuré

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle de l'assuré, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent assuré.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement de l'assuré en France, à plus de 50 km de son domicile, la prise en charge de l'assuré résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) ou des DROM.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans vos conditions générales. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation suite à un accident,
- une immobilisation suite à un accident,
- les accidents en montagne,
- harcèlement scolaire,
- le décès d'un assuré suite à un accident.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue consécutive à un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement.

* **La société** : MUTEX, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 37.302.300 €, ayant son siège social 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 CHÂTILLON cedex, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE sous le numéro 529 219 040.

* **Litige** : Une situation conflictuelle Vous opposant à un Tiers, causée par un désaccord, un évènement préjudiciable ou un acte répréhensible Vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à Vous défendre devant une juridiction. Pour être couvert par le Contrat, le Litige doit être survenu pendant la durée de votre adhésion audit Contrat.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

* **Montant en principal** : Le principal est défini comme la demande elle-même, par opposition aux accessoires tels que les intérêts, les dépens et autres frais annexes.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un assuré à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'adhérent ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

Saison de ski : désigne les périodes d'ouvertures officielles des stations de ski y compris les périodes de pré-ouvertures.

* **Seuil d'intervention** : Le Montant en Principal du Litige en deçà duquel la garantie de l'Assureur n'est pas acquise.

* **Sinistre** : Le refus qui est opposé à une réclamation dont Vous êtes l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances). Pour être couvert par le Contrat, le Sinistre doit être déclaré avant l'expiration du Contrat.

* **Tiers** : Toute personne étrangère au Contrat.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 km) et dans la limite de 500 € TTC pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

* Définitions propres à la Protection Juridique.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE SUITE À UN ACCIDENT GÉNÉRANT UNE HOSPITALISATION OU UNE IMMOBILISATION

① 1 - Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile faisant suite à un accident

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si l'assuré ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'un Accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat de l'assuré ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. Les médicaments et les courses restent à la charge de l'assuré et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 km du domicile de l'assuré.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

② 2 - Prestations d'assistance suite à un accident

Ces prestations s'appliquent suite à un Accident entraînant une hospitalisation en ambulatoire ou de plus de 24 heures ou une immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours à l'assuré, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

L'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) pour l'assuré, la mise en place des prestations d'assistance qui correspondent le mieux à ses besoins, à raison d'une ou plusieurs prestations au choix parmi la liste ci-dessous et ce dans la limite d'une enveloppe financière maximum de 1000 € TTC.

Les prestations proposées ci-dessous sont définies selon les besoins de l'assuré et sont cumulables entre elles, dans la limite du plafond mentionné ci-dessus :

a) Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition de l'assuré une aide à domicile afin de l'aider dans son quotidien (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule).

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

b) Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si l'assuré a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une prestation parmi celles mentionnées ci-dessous :

- auxiliaire(s) de vie,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- service(s) de portage de repas,
- entretien(s) du linge,
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

c) Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Si l'assuré a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation

ou l'immobilisation. Pendant cette période, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;

- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

d) Garde des personnes dépendantes

Si l'assuré a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

e) Garde des animaux familiers

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'animaux familiers de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge leur gardiennage dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.

f) Dispositif de Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

g) Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile de l'assuré.

h) Harcèlement Scolaire

En complément des prestations ci-dessus et en cas de harcèlement scolaire d'un enfant, attesté par un dépôt de plainte, l'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place d'une prestation « d'école à domicile » dans la limite de la même enveloppe financière de 1000 € TTC maximum.

Cette prestation est acquise à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant pour cause de harcèlement scolaire. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés soit l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de Soutien Scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{er} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par l'assuré au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

L'assuré doit justifier sa demande en adressant à l'Assisteur une copie du dépôt de plainte relatif au harcèlement scolaire subit par l'enfant.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répéteur.

⊙ 3. Prestations en cas d'accident d'un enfant bénéficiaire

a) Garde d'enfant(s) de moins de 16 ans immobilisé(s) à domicile suite à un Accident

Afin de permettre à l'assuré de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est immobilisé au domicile suite à un Accident, l'Assisteur propose à l'assuré l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si l'assuré le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé, par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance MUTEX - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant accidenté.

L'assuré devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. L'assuré autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

b) École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas d'Accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge soit les coûts non défiscalisables occasionnés soit l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{re} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par l'assuré au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

L'assuré doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cet Accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répéteur.

⊙ 4 - Prestations en cas d'hospitalisation imprévue suite à un accident lors d'un déplacement privé ou professionnel à plus de 50 km du domicile en France ou dans les DROM

a) Conseil médical en cas d'Accident

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à l'assuré accidenté, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve l'assuré accidenté. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par l'assuré ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

b) Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert de l'assuré vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'Accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile de l'assuré, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge de l'assuré après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'assuré ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille de l'assuré. Seul l'intérêt médical de l'assuré et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : *Tout refus par l'assuré ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne automatiquement LA NULLITÉ de la prestation.*

c) Retour des accompagnants

Lorsque l'assuré est transporté dans le cas d'un Accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

⑤ - Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours suite à un accident lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France ou dans les DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état de l'assuré non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où l'assuré a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (**frais de restauration exclus**). Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par l'assuré se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 € TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE SUITE À UN ACCIDENT EN MONTAGNE EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

① - Frais de recherche et de secours en montagne suite à un accident

Suite à un Accident de l'assuré lors d'une Activité de sports ou de loisirs, l'Assisteur prend en charge les frais de recherche et de secours en montagne (y compris ski hors-piste réalisé avec un guide de haute montagne) **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties ci-dessous**. Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

② - Frais de premier transport

Suite à un Accident de l'assuré lors d'une Activité de sports ou de loisirs, l'Assisteur prend en charge, **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties**, les frais de premier transport de l'assuré, du lieu de l'Accident jusqu'au centre médical le plus proche susceptible de procurer les premiers soins et retour jusqu'au lieu de séjour de l'assuré au jour de l'Accident.

La garantie est étendue au cas d'évacuation directement effectuée du lieu de l'Accident vers un centre médical extérieur à la station, uniquement en cas d'urgence ou nécessité médicale.

③ - Frais de transports secondaires

Suite à un Accident de l'assuré lors d'une Activité de sports ou de loisirs, l'Assisteur prend en charge, **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties**, les frais correspondants au transfert depuis la station et/ou d'un hôpital vers un centre médical mieux adapté ainsi que les frais de retour jusqu'au lieu de séjour de l'assuré au jour de l'Accident.

Garanties d'assurance	Montants TTC*/Personne
Frais de recherche et de secours • En France • Etranger Pas de franchise	5 000 €
Frais de premier transport Pas de franchise	Frais réels
Frais de transports secondaires Pas de franchise	500 €

④ - Remboursement du forfait des remontées mécaniques ou des cours de ski

L'Assisteur rembourse au *pro rata temporis*, à concurrence des montants indiqués au Tableau des Montants de Garanties ci-dessous, les frais de forfaits de remontées mécaniques et/ou de cours de ski déjà réglés et non utilisés, lorsque l'assuré doit interrompre la pratique de ces activités suite à un Accident sur le domaine skiable durant les heures d'ouverture des remontées mécaniques.

Toute journée partiellement utilisée ne sera pas remboursée.

Justificatifs

La déclaration doit être accompagnée des originaux des forfaits « remontées mécaniques » et/ou « cours de ski » ainsi que d'un certificat médical circonstancié justifiant l'interruption de la pratique de ces activités.

Garanties d'assurance	Montants TTC*/Personne
Interruption d'activité de sports ou de loisirs – uniquement pour les forfaits de trois jours ou plus	Au prorata temporis avec un maximum de
• Remboursement des prestations non utilisées (forfait de remontées mécaniques et cours de ski) Toute journée utilisée partiellement ne sera pas remboursée	250 €

L'indemnité est :

- proportionnelle au nombre de jours de forfait d'activités de sports ou de loisirs non utilisés, due à compter du jour suivant l'arrêt total des activités garanties. Toute journée partiellement utilisée ne sera pas remboursée,
- calculée sur la base du prix total par personne du forfait d'activités, justifié par les factures originales, et ce jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.

Ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'indemnité, les frais de dossier, d'assurance, ainsi que les remboursements ou compensations accordés par l'organisme auprès duquel vous avez acheté votre forfait d'activités.

⑤ - Assistance aux personnes

a) Transport/rapatriement du bénéficiaire

En cas d'Accident de l'assuré, les médecins de l'Assisteur se mettent en relation avec le médecin local qui a pris en charge l'assuré à la suite de l'évènement **afin de délivrer un conseil médical, à savoir l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à l'assuré accidenté au cours d'un déplacement.**

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose les prestations suivantes :

- soit le retour de l'assuré à son Domicile,
- soit son transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de son Domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train 1^{re} classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire.

Seule la situation médicale de l'assuré et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération **par l'équipe médicale de l'Assisteur** pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

b) Retour des membres de la famille assurés ou d'un accompagnant assuré

Lorsque l'assuré est transféré ou rapatrié, après avis de l'équipe médicale de l'Assisteur, l'Assisteur organise également et prend en

charge le retour des bénéficiaires ainsi que les animaux familiers voyageant avec lui, vers leur domicile habituel situé en France.

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires susvisés le transport depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France.

c) Chauffeur de remplacement

Lorsque l'assuré accidenté au cours de son séjour ne peut conduire son véhicule du fait de sa situation médicale et qu'aucun des passagers voyageant avec lui ne peut le remplacer, l'Assisteur met à sa disposition :

- soit un chauffeur pour ramener le véhicule à son Domicile, par l'itinéraire le plus direct.

Dans ce cas l'Assisteur organise et prend en charge les frais de voyage et le salaire du chauffeur,

- soit un billet de train 1^{re} classe ou d'avion en classe économique, depuis le pays de Domicile, afin de permettre à l'assuré de récupérer son véhicule ultérieurement ou de désigner une personne habilitée à ramener son véhicule.

Il est à noter que le chauffeur intervient selon la réglementation en vigueur applicable à sa profession. Cette garantie est accordée si le véhicule est dûment assuré, en parfait état de marche, conforme aux normes du Code de la Route national et international et remplit les normes du contrôle technique obligatoire. Dans le cas où l'une de ces obligations ne serait pas respectée, l'Assisteur se réserve le droit de ne pas envoyer de chauffeur et propose la prise en charge d'un billet de train 1^{re} classe ou d'avion classe économique pour permettre au à l'assuré ou à la personne désignée par ses soins d'aller chercher le véhicule. Les frais de route (carburant, péages éventuels, passages bateau, frais d'hôtel et de restaurant des éventuels passagers) restent à la charge de l'assuré.

Prestations d'assistance	Montants TTC*/Personne
Assistance aux personnes	
• Transport/Rapatriement	Frais réels
• Retour des membres de la famille de l'assuré	500 €
• Chauffeur de remplacement	500 €

ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'ACCIDENT À L'ÉTRANGER

① 1 - Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

a) En cas de demande d'assistance à l'étranger

La garantie d'assistance à l'étranger est acquise lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel à l'étranger dont la durée n'excède pas 31 jours consécutifs. Si la durée totale du voyage est supérieure à 31 jours ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de plein droit 31 jours après la date de départ ou de début de séjour. L'Assisteur se réserve le droit de réclamer à l'assuré tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...).

La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente notice. L'Assisteur ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, Caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice. L'Assisteur n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

b) Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans tous les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et s'entendent hors du pays du domicile de l'assuré, à la suite d'un Accident dont l'assuré serait victime. Les garanties sont acquises

pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 31 jours consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement à titre privé ou professionnel et à but non médical.

Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, repréailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique...), grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure (liste susceptible de modification, informations disponibles auprès de l'assistance).

c) Faits générateurs dans le cadre de l'assistance à l'étranger

Les prestations sont acquises en cas d'Accident survenant à l'assuré.

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance à l'étranger, l'assuré doit contacter l'Assisteur en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48 heures après la survenue de l'Accident. Au cas où l'assuré se trouve dans l'incapacité de contacter en personne l'Assisteur en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue suite au fait générateur, est recevable par L'Assisteur.

Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger

L'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :

- d'obtenir l'accord préalable de l'Assisteur en appelant ou en faisant appeler sans attendre l'Assisteur, au numéro évoqué en première page de ce document,
- de se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par l'Assisteur.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, l'assuré s'engage, à la demande de l'Assisteur, soit à :

- restituer les titres de transport originaux non utilisés qu'il détient ;
- réserver le droit à l'Assisteur de les utiliser ;
- rembourser à l'Assisteur les montants dont il obtiendrait le remboursement.

Dans le cadre d'avance de frais, l'assuré s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle l'assuré s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité Sociale.

Conseils :

Si l'assuré est assuré au titre du régime légal de l'Assurance maladie il est nécessaire pour bénéficier des prestations de l'Assurance maladie lors de son déplacement dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, d'être titulaire de la « Carte Européenne d'Assurance maladie » (individuelle et nominative) en cours de validité qu'il doit se procurer avant son départ auprès de sa caisse d'Assurance maladie.

Si l'assuré se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité Sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa caisse d'Assurance maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire).

En cas de nécessité d'une attestation d'assistance médicale pour l'obtention d'un visa, celle-ci sera délivrée par l'Assisteur dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande

écrite de l'assuré assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (les éléments requis sont : nom, prénom, date de naissance, destination, durée de voyage, adresse de domicile, numéro du passeport, les numéros de téléphone où l'appeler en cas de nécessité).

Lors de ses déplacements, l'assuré ne doit pas oublier d'emporter les documents justificatifs de son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination... et de surtout vérifier leur date de validité.

d) Exécution des prestations à l'étranger :

L'assuré doit présenter à l'Assisteur des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement ;
- le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'Accident ;
- une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant) ;
- le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel l'assuré a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'Assisteur ;
- les factures médicales et hospitalières ;
- les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité Sociale.

Et tout autre justificatif que l'Assisteur estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

À défaut de présentation des justificatifs demandés, l'Assisteur pourrait refuser la prise en charge des frais d'assistance et/ou pourrait procéder à la refacturation des frais déjà engagés.

De plus, l'Assisteur est exonéré de l'obligation de fournir des prestations dans les cas suivants :

- si l'assuré ne notifie pas à l'Assisteur de la survenue de l'Accident nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures à partir de la survenue dudit Accident ;
- si l'assuré ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration ;
- si l'Assisteur n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert de l'assuré vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par l'Assisteur, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'Assisteur, sous peine d'un refus de couverture ;
- si l'assuré ou la personne référente de l'assuré refuse les prestations de l'Assisteur.

e) Obligations de l'assuré en cas de demande d'assistance à l'étranger

En cas d'urgence médicale, l'assuré libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. L'assuré est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assisteur, tous les faits et circonstances requis en vertu de la garantie d'assistance à l'étranger.

Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à l'Assisteur de suspendre la garantie d'assistance dès qu'il prend connaissance desdits faits ou circonstances.

Dans le cas où l'assuré a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à l'Assisteur.

② - Prestations d'assistance à l'étranger

a) Le service d'informations et de prévention médicale

L'Assisteur met à la disposition de l'assuré un service téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales.

L'équipe médicale de l'Assisteur peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage de l'assuré (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies,

hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, **en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place**. Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone.

En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels l'Assisteur ne peut se substituer.

b) Le service d'accompagnement et d'écoute au cours d'une hospitalisation

Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés dès l'instant où l'assuré est hospitalisé à l'étranger suite à un Accident. Ils apportent un soutien à l'assuré ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à disposition de l'assuré ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue clinicien diplômé.

c) Le transfert ou rapatriement sanitaire

1. Conseil médical

En cas d'Accident, le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un assuré accidenté, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve l'assuré accidenté. L'un des médecins de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par l'assuré ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose les prestations médicales telles que :

- la poursuite du traitement, un transfert/rapatriement pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert/rapatriement vers un centre de soins mieux adapté, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- lorsque l'état de santé le permet, le rapatriement de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile de l'assuré, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur.

Selon l'état de l'assuré, le transfert/rapatriement est organisé avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent (dans les conditions définies ci-dessus) :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ;
- en train ;
- en avion de ligne régulière ;
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

Remarque : par sécurité pour l'assuré, tout transfert d'urgence reste à l'entière responsabilité du médecin traitant ou de l'autorité médicale sur place. En aucun cas la responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée.

2. Transfert/rapatriement sanitaire

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert/rapatriement,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état de l'assuré,

- de collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert/ rapatriement éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par l'Assisteur. Dans le cas où les frais sont pris en partie ou en totalité par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme de tiers payant, l'assuré est tenu de collaborer avec l'Assisteur pour recouvrer la part qui lui revient par ces organismes.

Toutefois aucun transfert, à l'exception du transfert d'urgence, ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'assuré ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert.

Important : il est à cet égard, expressément convenu que la décision finale du transfert ou rapatriement sanitaire (à l'exception du transfert d'urgence) à mettre en œuvre appartient en dernier ressort aux médecins de l'Assisteur et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où l'assuré refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins de l'Assisteur, il décharge expressément l'Assisteur de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

d) Prise en charge des frais de prolongation de séjour suite à une hospitalisation

En cas d'Accident, si l'assuré est dans l'obligation de prolonger son séjour pour raisons médicales avérées, et après accord du médecin de l'Assisteur, l'Assisteur prend en charge les frais supplémentaires de prolongation du séjour dans l'hôtel où se trouve l'assuré jusqu'à concurrence de 125 € TTC par nuit, dans la limite de 10 nuits maximum.

e) Présence d'un proche au chevet

Lorsque l'assuré est hospitalisé(e) sur le lieu de son Accident et que les médecins de l'Assisteur jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre sortie ou votre retour ne peut se faire avant 10 jours, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour depuis la France d'un proche de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un membre de votre famille en âge de majorité juridique.

L'Assisteur prend également en charge les frais d'hébergement de cette personne pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 125 € TTC par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour des bénéficiaires ».

f) Retour des bénéficiaires et des animaux familiers

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour des bénéficiaires se trouvant sur place, vers leur domicile habituel situé en France, ainsi que le retour des animaux familiers voyageant avec ces bénéficiaires.

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires susvisés le transport depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France.

g) Transmission du dossier médical au médecin traitant/ référent habituel de l'assuré

Dans le cadre d'un suivi médical/hospitalier sur place, l'équipe médicale de l'Assisteur, après accord de l'assuré, s'organise pour collecter les données médicales relatives au suivi des soins et prescriptions dispensés sur place. Ces éléments d'informations seront alors transmis, sous pli confidentiel, au médecin traitant/ référent habituel de l'assuré, afin d'être versés à son dossier médical.

h) Frais médicaux à l'étranger à la suite d'un Accident ou d'une hospitalisation, imprévus

1. Avance des frais médicaux

L'Assisteur fait l'avance à l'assuré des frais d'hospitalisation, dans la limite de 80000 € TTC, à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'un Accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec le médecin de l'Assisteur,
- tant que ce dernier juge que l'assuré est intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où l'Assisteur est en mesure d'effectuer le transport, même si l'assuré décide de rester sur place.

Rappel : Pour pouvoir bénéficier de cette avance, l'assuré signera, lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle l'assuré s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité Sociale.

2. Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'Assisteur rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité Sociale et après intervention de celle-ci et d'organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des examens et soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'un Accident imprévu survenus dans ce pays, dans la limite de 80000 € TTC.

Frais médicaux couverts à l'étranger :

- honoraires médicaux,
- frais d'urgence,
- frais d'examens complémentaires (analyses, radiologies...) et de contrôle après hospitalisation ou urgence,
- frais d'hospitalisation imprévue,
- frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toute consultation, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'Assisteur dans les 48 heures après la survenue de l'Accident.

L'Assisteur prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de 160 € TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité Sociale après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.

Sont considérés comme soins d'urgence :

- les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions ;
- les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjointes n'est pas prise en charge).

i) Remboursement des frais téléphoniques

Dans le seul cas de la mise en œuvre des garanties d'assistance à l'étranger, l'Assisteur rembourse à concurrence de 100 € TTC par demande les frais téléphoniques restant à la charge de l'assuré correspondant aux seuls appels à destination ou provenant de l'Assisteur. Ce remboursement s'effectuera exclusivement sur demande de l'assuré et sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

j) Venue d'un proche pour récupération des enfants

En cas d'évacuation sanitaire du patient, la prise en charge d'un accompagnant sera systématique pour les enfants de moins de 16 ans restés sur place ou si la personne est handicapée, quel que soit son âge. Si personne n'est en mesure de s'occuper des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans restés sur place, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche résidant en FRANCE métropolitaine, désigné par le bénéficiaire ou un membre de sa famille, son transport pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile ou chez lui en France ou dans les DROM.

k) Frais de prolongation de séjour

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si votre état ne justifie pas une hospitalisation ou un transfert/rapatriement sanitaire et que vous devez prolonger votre séjour sur place à l'hôtel, sur ordonnance médicale exclusivement, l'Assisteur prend en charge vos frais d'hébergement ainsi que ceux d'un accompagnant Bénéficiaire, à

concurrence de 125 euros TTC par nuit pendant 10 nuits maximum, afin qu'il reste auprès de vous jusqu'à ce que vous soyez en état de revenir en France.

l) Frais de secours sur piste

En cas d'Accident ou de Blessure d'un Bénéficiaire sur une piste de ski balisée, ouverte aux skieurs au moment de l'événement, l'Assisteuse prend en charge les frais de secours du lieu de l'incident s'entendant sur une piste banalisée, jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 500 euros TTC. En aucun cas, L'Assisteuse ne sera tenu à l'organisation des secours. Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés. Les frais de recherche sur piste ou en montagne restent à votre charge.

m) Avance de fonds première nécessité

Pour tout événement lié à une cause non médicale, une avance de fonds pourra être consentie au bénéficiaire par l'Assisteuse, contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution, à concurrence 500 euros TTC afin de lui permettre de faire face à une dépense de première nécessité découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Cette avance est consentie au bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteuse. Cette avance devra être intégralement remboursée par le bénéficiaire à l'Assisteuse dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteuse.

③ - Prestations juridiques en cas de poursuite judiciaire à l'étranger

a) Avance de la caution pénale

Si l'assuré est en voyage à l'étranger et fait l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un Accident de la circulation et ce à l'exclusion de toute autre cause. L'Assisteuse effectue, en l'absence de toute faute ou délit intentionnel commis directement par le bénéficiaire, le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 15 000 euros TTC, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance consentie au bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteuse. Cette avance devra être intégralement remboursée par le bénéficiaire à l'Assisteuse dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteuse.

b) Avance des frais de justice à l'étranger

Si l'assuré est en voyage à l'étranger et fait l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un Accident de la circulation et ce, à l'exclusion de toute autre cause, pour éviter son incarcération ou permettre sa libération s'il est déjà incarcéré, l'Assisteuse avance, dans la limite de 1 525 euros TTC, des honoraires d'avocat et/ou frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est consentie au bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteuse. Cette avance devra être intégralement remboursée par le bénéficiaire à l'Assisteuse dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteuse.

ÉVALUATION ET ORIENTATION PSYCHOSOCIALE SUITE À UN ACCIDENT

Si suite à un Accident, l'assuré fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- la perte de son emploi,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,

L'Assisteuse propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'orienter. L'équipe est composée d'assistantes sociales, d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale, d'éducateurs spécialisés et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8 h 00 à 18 h 30. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par année civile. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

L'Assisteuse soumise à une obligation de moyens concernant la mise en œuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :

- Fixer le premier rdv téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- Assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- Apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

a) Un service d'appels de convivialité

Ce service permet de :

- Rompre l'isolement,
- Apporter du réconfort,
- Aider à restaurer le lien social,
- Ouvrir un espace de parole,
- Être le dépositaire d'histoires de vie.

b) Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux procurent :

- Information, conseil, orientation,
- Accès aux droits,
- Orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- Informations sur les secours financiers.
- Soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- Soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- Conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

c) Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- Une aide à la prise de distance,
- Un soutien psychologique ponctuel,
- Une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- Des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

ACCOMPAGNEMENT AU RETOUR À L'EMPLOI SUITE À UN ACCIDENT

En cas d'impossibilité du salarié ou du travailleur non salarié assuré à reprendre son activité professionnelle suite à un accident (Arrêt de maladie ou de travail > à 3 mois), l'Assisteuse propose la mise en relation avec une équipe d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et d'éducateurs spécialisés pour un bilan de la situation.

Après évaluation du travailleur social, l'Assisteuse organise et finance une prestation d'accompagnement d'une durée de 12 mois maximum visant à :

- Redéfinir un projet professionnel cohérent,

- Définir un nouveau projet professionnel au regard des conséquences physiques de l'incapacité, des aspirations de l'assuré et des possibilités du marché de l'emploi local,
- Apporter un appui psychologique et méthodologique,
- Dynamiser la recherche d'emploi en la replaçant dans un contexte d'évolution professionnelle.

L'Accompagnement est assuré à distance sur le territoire de la France métropolitaine par des psychologues du travail, des conseillers en insertion professionnelle ou des consultants en Ressources Humaines.

L'Accompagnement comprend également un accès à une plateforme de Formation Ouverte à distance « E-proévolution® ».

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP SUITE À UN ACCIDENT

Lorsque l'assuré est en situation de handicap suite à un Accident, l'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

L'équipe est composée de psychologues et de travailleurs sociaux (Assistants de service social et Conseillères en Economie Sociale et Familiale).

Chaque accompagnement est assuré dans la durée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels. Les prestations d'assistance sont délivrées suite à une évaluation d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

A tout moment, l'Assisteur propose la mise en relation avec un médecin qui pourra :

- reprendre le vocabulaire spécifique,
- décrire le rôle des soignants,
- informer sur la nature des examens prescrits,
- expliquer les soins envisagés ou en cours.

Il ne s'agit en aucun cas d'un deuxième avis médical.

🕒 1 - Lors de la survenue du handicap

Lorsqu'une altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques restreint les activités du quotidien, l'Assisteur propose à l'assuré ou à son proche aidant la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- un espace d'écoute et de soutien,
- un soutien dans l'acceptation de la nouvelle situation,
- une aide au maintien ou à la restauration de la communication au sein de la famille,
- une aide pour la gestion de la douleur ressentie.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation administrative,
- faciliter la reconnaissance du handicap et l'accès aux droits,
- favoriser l'organisation du quotidien.

c) Les prestations d'assistance

En cas de dépôt d'un dossier à la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place, sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment) l'une des prestations suivantes visant à mieux appréhender la nouvelle situation pour le bénéficiaire et son entourage :

- une aide à domicile, afin d'aider dans les tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;

- une prestation de Bien-être et de Soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif) :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition

- un soutien à l'assuré, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale...) destiné à mieux appréhender cette nouvelle situation pour l'assuré et son entourage, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 € TTC.

- une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne.

- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

- le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 € TTC.

- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder les enfants dans la limite de 500 € TTC.

- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

🕒 2 - Dans le quotidien

Lorsque le handicap est reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, l'Assisteur propose à l'assuré ou à son proche aidant la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- Une restauration de l'estime de soi,
- Un soutien dans le processus d'adaptation psychique,
- Une gestion des symptômes corporels par le biais d'une initiation à des méthodes de relaxation.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- Rechercher des solutions d'aide humaine ou technique,
- Soutenir la démarche d'accès à l'éducation, la formation et l'emploi,
- Favoriser l'équilibre du budget.

c) Les prestations d'assistance

En complément d'une prestation accordée par la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place dans la limite d'une fois par année civile l'une des prestations suivantes destinée à faire face aux dépenses liées au handicap :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;

- une prestation de Bien-être et de Soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif) :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,

- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- une prise en charge du reste à charge de fournitures (matériels paramédicales ou médicales) nécessaires et en lien avec la situation de handicap de l'assuré dans la limite de 500 € TTC.
- une prise en charge du reste à charge d'une activité de loisirs adaptés ou d'un séjour vacances adaptées à la situation de handicap de l'assuré dans la limite de 500 € TTC.
- une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne.
- un soutien à l'assuré, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 € TTC.
- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteuse se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.
- le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, Monaco ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 € TTC.
- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder les enfants dans la limite de 500 € TTC.
- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteuse selon les besoins du bénéficiaire.

En complément,

- En cas de déménagement ou de changement d'emploi de l'assuré handicapé, l'Assisteuse organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 10 heures dans les 30 jours suivant l'événement dans la limite d'une fois par an.
- En cas d'impossibilité pour l'assuré handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque l'assuré doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, l'Assisteuse organise et prend en charge le transport aller et retour de l'assuré depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté (Taxi, VSL, Ambulance...) et met à disposition un intervenant qualifié. Cette prestation est prise en charge à concurrence d'un maximum de 500 € TTC dans la limite d'une fois par an.

③ - Dans les situations de crise

Lorsque l'assuré reconnu par la MDPH est confronté à une situation de crise, l'équipe pluridisciplinaire de l'Assisteuse évalue, conseille et accompagne l'assuré ou son proche aidant.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à donner accès à :

- Un soutien face aux émotions négatives,
- Un soutien pour prévenir l'épuisement de l'aidant,
- Un accompagnement spécifique au moment d'un deuil.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- Faciliter l'adaptation du domicile,
- Favoriser l'organisation et le financement de solutions de répit pour l'aidant,
- Informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou le mandat de protection future.

c) Les prestations d'assistance

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures de l'assuré en situation de handicap, l'Assisteuse évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations suivantes permettant de faciliter le retour au domicile :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif) :**
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- un soutien à l'assuré, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 € TTC.
- l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au sein de l'établissement ou au retour à domicile, à concurrence d'un maximum de 20 heures.
- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteuse se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.
- le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 € TTC.
- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder les enfants dans la limite de 500 € TTC.
- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.
- la prise en charge de la garde de l'animal d'assistance dans la limite de 500 € TTC.

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à un Accident constaté médicalement de l'aidant habituel avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteuse évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations suivantes afin de soutenir le bénéficiaire handicapé :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif) :**
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au domicile de l'assuré, à concurrence d'un maximum de 20 heures.
- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteuse se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

- le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 € TTC.
- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder les enfants dans la limite de 500 € TTC.
- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS SUITE À UN ACCIDENT

Ces prestations s'appliquent suite à un décès par accident à l'assuré, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

L'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) pour l'un des bénéficiaires de l'assuré, la mise en place des prestations d'assistance qui correspondent le mieux à ses besoins, à raison d'une prestation au choix parmi la liste ci-dessous.

Les prestations proposées sont définies selon les besoins de l'un des bénéficiaires et ne sont pas cumulables entre elles.

Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge psychologique assurée par un psychologue diplômé dans la limite d'un maximum de 10 entretiens par année civile.

① - Prestations d'assistance en cas de décès de l'assuré suite à un accident

Lors du décès d'un bénéficiaire en France, l'Assisteur évalue la situation au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge pour l'un des autres bénéficiaires, la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

b) Aide à Domicile

En cas de décès de l'assuré, l'Assisteur met à disposition une aide à domicile pour l'un des autres bénéficiaires, à concurrence de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

c) Prestations de bien-être et de soutien

En cas de décès de l'assuré, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres bénéficiaires s'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

d) Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

En cas de décès de l'assuré qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM.
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

e) Garde ou transfert des personnes dépendantes

En cas de décès de l'assuré qui a la responsabilité de personnes dépendantes à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

f) Garde des animaux familiers

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'animaux familiers de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge leur gardiennage dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.

g) Dispositif de Téléassistance

En cas de décès de l'assuré, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance pour l'un des autres assurés et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

② - Prestations en cas de décès du bénéficiaire suite à un accident à plus de 50 km du domicile et dans le monde entier lors d'un déplacement privé ou professionnel

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- En France ou dans les DROM, à plus de 50 km du domicile principal de l'assuré,
- lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.

*Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

a) Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire

Lors du décès de l'assuré suite à un Accident lors d'un déplacement, l'Assisteur organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert, pompes funèbres, transporteurs... est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration, ainsi qu'un cercueil standard, conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport, sont également pris en charge. Dans le cas où la famille de l'assuré choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de rapatriement/transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

b) Assistance des proches en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un proche de l'assuré s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur prend en charge le transport ainsi que sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, à concurrence de 125 € TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.

c) Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France des bénéficiaires se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de bénéficiaire de l'assuré), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux familiers voyageant avec les bénéficiaires et/ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans les DROM.

d) Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires un taxi à concurrence de 155 € TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès de l'assuré et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement.

CADRE JURIDIQUE DE L'ASSISTANCE

① - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

② - Conditions restrictives d'application des garanties

2-1 Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où l'assuré aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère de l'assuré ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu à l'assuré le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

2-2 Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par l'assuré de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

2-3 Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

③ - Exclusions

3-1 Exclusions communes à l'ensemble des prestations

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- **les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,**
- **les dommages provoqués intentionnellement par l'assuré, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,**
- **les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,**
- **les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,**
- **les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,**
- **les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,**
- **tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,**
- **les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier à l'assuré.**

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

3-2 Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente garantie, l'Assisteur ne prend pas en charge :

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par l'assuré, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque l'assuré y participe en qualité de concurrent,
- les conséquences des tentatives de suicide,
- les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les dommages survenus à l'assuré se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- les frais de secours et de recherches de toute nature,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 160 € TTC,
- les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus dans la présente notice d'information, les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle de l'assuré,
- les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martial et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute), les sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel,
- les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28^e semaine,
- les litiges dont l'assuré avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,

- les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur.
- tout acte intentionnel de la part de l'assuré pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance.
- toute imprudence ou risque inutile pris par l'assuré, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, l'assuré n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- contrairement à l'avis de son médecin, après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
- lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L 871-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale et des textes pris pour leur application. A ce titre sont exclues, la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité Sociale.

⊗ 4 - Nullité de la prestation

Si l'assuré ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, l'assuré organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par l'assuré.

⊗ 5 - Recours

L'assuré prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

⊗ 6 - Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place de l'assuré les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

⊗ 7 - Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'informations 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, de l'assuré ou de l'assuré contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'assuré, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité). La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation

d'un risque. 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 la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, l'assuré ou l'assuré à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

8 - Protection des données personnelles

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières. Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt, RMA met également en oeuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect.

Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA - DPO - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

9 - Réclamations et médiation

Encas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, l'assuré doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

Si un désaccord subsiste, l'assuré a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

10 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

PROTECTION JURIDIQUE DES GARANTIES ACCIDENT DE LA VIE

Article 1 - L'objet des conditions générales

Le présent document constitue les conditions générales du produit « PROTECTION JURIDIQUE ACCIDENTS DE LA VIE - MUTEX » (dénommé ci-après par « le Contrat ») :

- souscrit par **RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE**, Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU cedex, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682 (**dénommée ci-après par « le Souscripteur »**), **agissant au nom et pour le compte de la Société**, (Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28)
- auprès de CFPD ASSURANCES, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 (**dénommée ci-après par « l'Assureur »**), (Numéro LEI 969500ZW0FLQF852NM39),
- par contrat cadre n° MORM005.

Le Contrat consiste « à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi » (article L127-1 du Code des Assurances).

Le Contrat est régi par le Code des Assurances et les présentes conditions générales.

L'évènement qui déclenche sa mise en oeuvre ne doit pas être connu de Vous lors de la prise d'effet de votre adhésion au Contrat. En l'absence d'aléa, la garantie ne Vous est pas due.

📌 Article 2 - Les définitions

LA SOCIÉTÉ : MUTEX, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 37.302.300 €, ayant son siège social 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 CHÂTILLON cedex, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE sous le numéro 529 219 040.

L'ADHÉRENT : Le particulier, personne physique, chef de famille, titulaire d'un contrat Garantie Accidents de la Vie auprès de la Société.

VOUS OU LE(S) ASSURÉ(S) : L'Adhérent ainsi que toutes personnes désignées comme bénéficiaires au contrat Garantie Accidents de la Vie conclu auprès de la Société, à jour du paiement des cotisations et dûment désignés à l'Assureur.

LE TIERS : Toute personne autre que l'Assuré, l'Assureur, le Souscripteur ou la Société.

LE FAIT GÉNÉRATEUR : L'évènement ou le fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation.

En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par l'Assuré est susceptible d'être réprimé par la loi.

LE LITIGE OU LE DIFFÉREND : Une situation conflictuelle opposant l'Assuré à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

LE REFUS : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

LE SINISTRE : Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont l'Assuré est l'auteur ou le destinataire (article L. 127-2-1 du Code des Assurances).

LE CARACTÈRE ALÉATOIRE : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

LA DÉCHÉANCE DU DROIT A GARANTIE : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l'Assuré.

LA PRESCRIPTION : La perte de la possibilité de faire valoir un droit lorsqu'il n'a pas été exercé dans le délai imparti.

LE MONTANT EN PRINCIPAL : Le principal est défini comme la demande elle-même, par opposition aux accessoires tels que les intérêts, les dépens et autres frais annexes.

LE SEUIL D'INTERVENTION : Le Montant en Principal du Litige en deçà duquel la garantie de l'Assureur n'est pas acquise.

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans les présentes.

📌 Article 3 - Les garanties de l'assureur

3/1 La protection contre les harcèlements :

Vous êtes victime d'un harcèlement en ligne individuel ou de groupe, par utilisation d'un service de communication au public en ligne ou par le biais d'un support numérique ou électronique, et souhaitez agir à l'encontre :

- du Tiers auteur du harcèlement,
- ou à l'encontre des intermédiaires techniques (webmaster ou webmanager par exemple) lorsque leur responsabilité peut être engagée sur le terrain civil ou pénal.

Vous êtes victime d'une conduite abusive qui, par des gestes, paroles, comportements, attitudes répétées ou systématiques vise à dégrader vos conditions de vie et/ou de travail et souhaitez agir à l'encontre :

- du Tiers auteur du harcèlement,
- ou à l'encontre de votre employeur lorsque sa responsabilité peut être engagée sur le terrain civil ou pénal.

Vous êtes victime d'un harcèlement scolaire se caractérisant, de manière répétée, par des violences physiques, des moqueries ou des humiliations et souhaitez agir à l'encontre :

- du Tiers auteur du harcèlement,
- ou à l'encontre de l'établissement scolaire lorsque sa responsabilité peut être engagée sur le terrain civil ou pénal.

3/2 La protection en cas d'atteinte à l'identité :

Vous êtes victime d'une usurpation d'identité Vous occasionnant un préjudice et êtes amené à :

- exercer un recours à l'encontre du Tiers responsable de l'usurpation d'identité,
- Vous défendre ou à exercer un recours contre des Tiers se présentant comme vos créanciers,

3/3 La protection en cas d'atteinte à l'image et/ou à l'e-réputation :

Vous faites l'objet sur un espace d'échanges en ligne (réseau social numérique, blog et forum) d'une atteinte à votre image et/ou à votre é-réputation, ou êtes victime de propos diffamants ou fallacieux et souhaitez :

- agir à l'encontre du Tiers auteur de l'atteinte, voire auprès des intermédiaires techniques si leur responsabilité peut être engagée,
- et/ou voir cesser ces diffusions,

Prestations spécifiques de l'Assureur en vue de faire cesser la diffusion des propos litigieux :

L'Assureur prend en charge une (1) prestation auprès d'un médiateur spécialiste en e-réputation, qui interviendra auprès du Tiers responsable de l'espace d'échanges ou le cas échéant auprès de l'hébergeur, de l'administrateur, du webmaster, des modérateurs et autres community managers, pour obtenir :

- soit le retrait pur et simple de la publication,
- soit un droit de réponse afin que Vous puissiez faire valoir votre position ; dans ce cas, le médiateur en e-réputation prendra en charge votre dossier et Vous conseillera sur la formulation de votre réponse.

N.B. : Cette intervention pourra être prolongée par une mission de communication additionnelle, dans le cadre d'un accord conclu entre Vous et le médiateur en e-réputation ; les frais relatifs à cette mission demeureront à votre charge.

📌 Article 4 - Les exclusions

L'assureur ne prend jamais en charge les litiges :

- ne relevant pas des garanties expressément définies à l'article 3 ci-dessus,
- trouvant leur origine dans une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, une rixe, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme,
- dont le Fait Générateur est antérieur et connu de Vous à la prise d'effet de l'adhésion au Contrat ou qui présente un caractère non aléatoire,
- en rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales, contractuelles ou incontestables,
- découlant d'une faute ou d'un acte frauduleux ou dolosif que Vous avez commis volontairement contre les biens et les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables ou nuisibles,
- garantis par une compagnie d'assurance dommages ou responsabilité, et ceux relevant du défaut de souscription par Vous d'une assurance obligatoire,
- survenant lorsque Vous êtes sous l'empire d'un état alcoolique, ou sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque Vous refusez de Vous soumettre à un dépistage.

L'Assureur ne prend jamais en charge :

- les frais engagés sans son accord préalable, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
- toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautions, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- les frais de rédaction d'actes et de contrats,
- les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
- les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
- les frais exposés au titre de mesures conservatoires ou engagés à votre initiative,
- les dépens et frais de justice exposés par la partie adverse que Vous devez supporter par décision judiciaire, ou que Vous avez accepté de prendre en charge dans le cadre d'un protocole d'accord, une procédure participative, un arbitrage ou une médiation,
- les sommes au paiement desquelles Vous êtes condamné au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L. 761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères,
- les sommes dont Vous êtes légalement redevable au titre des émoluments proportionnels,
- les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice.

📞 Article 5 - Les services de l'assureur

5/1 L'assistance juridique téléphonique :

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant des garanties de protection juridique décrites à l'article 3 ci-dessus.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations,
- vous informer sur vos droits,
- vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN ?

Contactez l'Assureur sur votre ligne dédiée :



Le service est accessible de 09 h à 17 h 45, du lundi au vendredi (sauf jours fériés).

5/2 L'accueil sur rendez-vous au plus proche de Vous :

Sur simple demande, il Vous sera possible de rencontrer nos juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire ; il Vous suffit de contacter votre interlocuteur afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

5/3 La gestion amiable de vos litiges :

A la suite d'une déclaration de Sinistre, l'Assureur :

- Vous conseille et Vous accompagne dans les démarches à entreprendre,
- Vous assiste dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aide à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- Intervient directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,

- Vous fait assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- prend en charge, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous propose une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans les trois (3) jours ouvrables.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
- d'abandonner le recours.

En cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne bien évidemment jusqu'à sa mise en œuvre effective.

5/4 La prise en charge des frais de procédure judiciaire :

Dans tous les cas, lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient, selon les intérêts en jeu, de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente. Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

Sous réserve que le Montant en Principal des intérêts en jeu soit supérieur à la somme de sept cent soixante euros (760 €) TTC, l'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des montants contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- des frais d'huissier pour la signification des actes,
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

5/5 Le suivi jusqu'à la parfaite exécution :

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent.

Sous réserve que le Montant en Principal des intérêts en jeu soit supérieur à la somme de sept cent soixante euros (760 €) TTC, l'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet huissier dans la limite des montants contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par huissier,
- en cas d'incarcération de votre débiteur,
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

5/6 Les montants contactuels garantis :

Les montants et plafonds de prise en charge :

Barème applicable aux honoraires d'avocat & d'expert	En € TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
Intervention amiable	90
Protocole de transaction	265
Consultation & expertise	
Consultation d'expert ou de spécialiste	195
Expertise amiable contradictoire	250
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
Conciliateur de justice (assistance) Médiation conventionnelle ou judiciaire Arbitrage Procédure participative	915
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
Assistance préalable à procédure pénale Assistance à une instruction Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	605
Commissions ou juridictions de première instance	
Démarche au Parquet (forfait) Saisine du SARVI (forfait)	125
Commissions diverses (y compris CIVI)	915
Ordonnance sur requête (forfait)	400
Référé, y compris d'heure à heure	645
Tribunal de police	770*
Tribunal correctionnel	880*
Tribunal / Chambre de proximité	740*
Tribunal Judiciaire Tribunal Administratif Autres juridictions du 1 ^{er} degré	915*
Incidents d'instance et demandes incidentes	480
Cours ou juridictions de recours	
Cour ou juridiction d'appel	915*
Recours devant le premier Président de la Cour d'appel	725
Cour de cassation Conseil d'Etat Cour d'assises	2 380*
Autres juridictions	
Juridictions de l'Union Européenne (CJUE, CEDH) Juridictions monégasques ou andorranes	915*
Juge de l'exécution Juge de l'exéquat	525
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUILS D'INTERVENTION	
En € TTC	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) :	25 000
Dont plafond pour : Démarches amiables	500
Dont plafond pour : Expertises judiciaires	500
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco) :	2 500
Seuils d'Intervention :	
• Amiable	0
• Judiciaire	760
Franchise :	0

Les modalités de prise en charge :

Les montants ci-dessus comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée et le remboursement interviendra toutes taxes comprises au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention, même en cas de renvoi d'audience.

La subrogation :

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

📌 Article 6 - La déclaration de sinistre

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ; néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

COMMENT CONTACTER VOTRE ASSUREUR ?

Par courrier à : Cfdp Assurances - 569 rue Félix Trombe - Tecnosud - C.S. 60011 - 66028 PERPIGNAN cedex

Par télécopie au : 04 68 55 95 21

Par mail à : mutex@cfdp.fr

📌 Article 7 - L'application des garanties

7/1 L'application dans le temps :

La durée des garanties :

Les garanties sont dues sans délai de carence pour toute la durée de votre adhésion.

Elles sont dues pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de votre adhésion au Contrat, à condition que Vous n'ayez pas connaissance du Fait Générateur avant l'adhésion.

Elles prennent fin en cas de :

- non-renouvellement de votre contrat Garantie Accidents de la Vie auprès de la Société,
- résiliation du contrat liant la Société au Souscripteur,
- résiliation du Contrat lui-même, la Société s'engageant alors à Vous informer de la fin des garanties.

La Prescription :

La Prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi.

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- ou en cas de Sinistre, que du jour où les Assurés 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 ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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, ou d'un envoi électronique recommandé, 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 L114-2 du Code des Assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la Prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- et la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

7/2 L'application dans l'espace :

Les garanties s'exercent conformément aux modalités prévues à l'article 5 en France ainsi qu'en Principautés d'Andorre de Monaco. Dans les autres pays, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prise en charge spécifique pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre de Monaco.

🔗 Article 8 - La protection de vos intérêts

8/1 Le secret professionnel (article L. 127-7 du Code des Assurances) :

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel.

8/2 L'obligation à désistement :

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

8/3 L'examen de vos réclamations :

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>,
- par courrier à : Cfdp Assurances - Service Relation Client - Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON,

- ou par mail à : relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage :

- à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables,
- et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de la réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance :

- par Internet à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur/>,
- ou par courrier à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09.

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous conservez la possibilité d'user de toutes les voies de droit.

8/4 Le désaccord ou l'arbitrage (article L. 127-4 du Code des Assurances) :

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

8/5 Le conflit d'intérêts (article L. 127-5 du Code des Assurances) :

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez :

- du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre,
- et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

8/6 La protection des données :

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées directement par l'Assureur, ou indirectement pour son compte par le Souscripteur. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion au Contrat).

Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale, informations relatives à la formation et à l'emploi, données de santé lorsque cela est nécessaire, données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),
- à l'utilisation des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat.

Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est la Société.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- le Souscripteur,
- la Société,
- les intermédiaires en assurance,
- les gestionnaires des souscripteurs,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne.

A ce jour, l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne.

Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (Prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : Cfdp Assurances – Délégué à la Protection des Données - Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON,
- ou par mail à : dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail ; l'Assureur pourra être amené à Vous demander également de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 03 place de Fontenoy - 75007 PARIS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Sécurité :

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Politique de confidentialité » de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/politique-de-confidentialite>)

8/7 L'opposition au démarchage :

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, ou de la part d'un professionnel avec lequel Vous avez une relation contractuelle préexistante mais pour des sollicitations n'ayant pas de rapport avec l'objet du Contrat, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 BLOIS cedex,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr> - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES.

8/8 L'autorité de contrôle :

l'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.



2495600

Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon

Assureur des garanties d'assistance :

RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE

Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682.

Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex

Assureur de la protection juridique :

CFDP ASSURANCES

entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances,

Société Anonyme au capital de 1 692 240 €.

Siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON

Distributeur :

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473.

Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris