

Dispositions Générales

Garantie des Accidents de la Vie



Garantie
des accidents
de la vie

Assurance

Votre contrat, régi par le Code des assurances, est composé :

1 des présentes **Dispositions Générales** qui regroupent l'ensemble des règles communes à tous les contrats ; elles définissent la nature et l'étendue de vos garanties et de vos prestations d'assistance.

Elles incluent également un lexique "Quelques définitions" regroupant la définition d'un certain nombre de termes indispensables à la bonne compréhension du contrat,

2 des **Dispositions Particulières** qui adaptent le contrat à votre situation personnelle.

Ce contrat a été conçu pour vous protéger dans le cas où vous seriez victime de dommages corporels à la suite d'un événement accidentel ou d'un accident médical dans le cadre de votre vie privée.

Les conditions d'application sont définies ci-après.

Vos garanties s'exercent, pendant la période de validité de votre contrat :

- en France métropolitaine, dans les départements et territoires d'Outre Mer,
- dans les pays de l'Union Européenne, en Suisse, Islande, Norvège, dans les principautés de Monaco et d'Andorre, à Chypre, à Malte, au Vatican, à San Marin, au Liechtenstein,
- dans le reste du monde pour des séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs.

Pour les enfants étudiants qui ont la qualité d'assuré, la garantie reste acquise pour des séjours supérieurs à 3 mois.

1	Quelques définitions	5
2	Vos garanties	8
	2.1 Quels sont les dommages corporels couverts ?	8
	2.2 Quelles sont les prestations d'assurance garanties ?	9
	2.3 La période de validité de vos garanties	10
3	L'exercice de votre recours	11
4	Vos prestations d'assistance	12
	4.1 Au moment de l'accident	12
	4.2 Après l'accident, si vous êtes immobilisé à votre domicile : assistance aux personnes immobilisées	15
	4.3 Après l'accident, pour faciliter votre vie quotidienne	16
	4.4 En cas de décès	17
5	La vie de votre contrat	18
	5.1 La prise d'effet et la durée de votre contrat	18
	5.2 Votre cotisation	18
	5.3 Les possibilités de mettre fin à votre contrat (résiliation)	19
	5.4 Le délai pour se prévaloir du contrat (prescription)	20

6	Que se passe-t-il en cas de sinistre ?	21
6.1	Que devez-vous faire en cas de sinistre ?	21
6.2	Comment sont réglés les sinistres ?	21
6.3	Le paiement des prestations	22
6.4	En cas d'aggravation	22
6.5	Quels sont nos droits une fois que nous vous avons indemnisé ?	22

7	A noter également	23
----------	--------------------------	----

1 Quelques définitions

Pour l'application du contrat, nous entendons par :

Accident ou événement accidentel

Tout événement soudain, imprévu et dû à des causes extérieures à la victime.

Il s'agit notamment des accidents survenus lors d'activités domestiques ou de loisirs, dus à des attentats, à des infractions, à des catastrophes naturelles, technologiques ou industrielles.

Sont assimilées à un accident, les entorses non répétitives consécutives à une distorsion brusque ainsi que les ruptures tendineuses consécutives à un choc subit et démontré.

Accident médical

Accident médical causé à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

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

Assuré (ou personne assurée)

Ont la qualité d'assuré les personnes indiquées ci-après, **sous réserve d'être mentionnées comme telles dans vos Dispositions Particulières :**

- le Souscripteur,
- son conjoint non séparé de corps ou de fait,
- son concubin ou sa concubine,
- son partenaire dans le cadre d'un Pacte civil de solidarité (P.A.C.S),
- leurs enfants, fiscalement à charge, y compris :
 - lorsqu'ils poursuivent des études (y compris dans des filières d'apprentissage ou de contrat en alternance) et n'exercent pas de profession,
 - lorsqu'ils sont handicapés physiques ou mentaux (titulaires d'une carte d'invalidité).
- leurs enfants mineurs qui ne sont pas fiscalement à charge, pendant l'exercice de leur droit de garde ou de visite.

Seules les personnes âgées de moins de 65 ans à la date d'effet du contrat sont assurées.

Bénéficiaires en cas de décès

Toutes personnes physiques justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès d'une personne assurée.

Consolidation

Date où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice.

Indemnisation en Droit commun

Indemnisation déterminée selon les règles applicables en France en matière de réparation du préjudice corporel. Elle tient compte de la situation particulière de chaque victime (exemples : âge, profession, revenus, situation de famille) et des indemnités habituellement allouées par la jurisprudence.

Incapacité permanente

Réduction du potentiel physique, psychosensoriel, intellectuel, appréciée médicalement à la date de la consolidation de votre état de santé. **Ne sont prises en considération que** les séquelles en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti ; de ce fait, les séquelles préexistantes à l'accident garanti ne sont pas prises en compte.

Cette réduction est exprimée en taux (pourcentage) d'incapacité. Elle peut être totale (100 %) ou partielle.

Incapacité temporaire

Période, médicalement constatée et antérieure à la date de la consolidation de votre état de santé, durant laquelle il vous est impossible d'exercer vos activités professionnelles ou accomplir les actes de la vie courante. Elle peut être totale ou partielle.

Frais d'aménagement du domicile et du véhicule

Frais liés à l'incapacité permanente de la victime dont l'état nécessite un aménagement de son domicile principal et/ou de son véhicule (afin de réduire ses besoins d'assistance humaine ou technique).

Frais d'assistance d'une tierce personne

Frais liés à l'incapacité permanente de la victime se trouvant, en raison de la perte de son autonomie, dans l'obligation de faire appel à l'aide d'une personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante.

Livre IV du Code de la santé publique

Il traite de l'organisation et de l'exercice des professions médicales et paramédicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychométricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, opticien lunetier, audio-prothésiste, diététicien).

Préjudice d'agrément

Perte ou réduction définitive de vos aptitudes à poursuivre la pratique régulière et fréquente d'un sport, d'une activité artistique ou de loisir, de la même manière qu'avant l'accident.

Préjudice économique

Il s'agit :

- en cas de blessures, de la perte financière subie pendant la période d'incapacité temporaire et/ou, pour la période après consolidation, en cas d'incidence professionnelle découlant de l'incapacité permanente,
- en cas de décès d'une personne assurée, de la perte financière subie par les bénéficiaires.

Préjudice esthétique

Disgrâces physiques imputables à l'accident garanti et persistant après la date de consolidation de votre état de santé. Ce préjudice est quantifié sur une échelle de 0 à 7.

Préjudice moral (en cas de décès)

Préjudices d'ordre affectif subis par les bénéficiaires du fait du décès de l'assuré.

Préjudice physiologique

Préjudice découlant de l'incapacité permanente laquelle est fixée par rapport au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition 2001) sans prise en compte de l'incidence professionnelle ou des préjudices extra patrimoniaux.

Souffrances endurées (ou pretium doloris)

Douleurs physiques, psychiques ou morales endurées du fait des blessures subies jusqu'à la date de consolidation de votre état de santé. Ce préjudice est quantifié sur une échelle de 0 à 7.

Sports dangereux

Sont considérés comme sports dangereux : les sports sous-marins, les sports aériens y compris ULM, parapente et deltaplane, les sports mécaniques lors de leurs compétitions et essais, ainsi que tous les sports en qualité d'amateur ayant le statut de haut niveau reconnu par une fédération.

Tiers

Toute personne **autres que les personnes assurées, ou les bénéficiaires en cas de décès.**

Vie privée

- Toutes activités **autres que :**
 - **professionnelles y compris trajet,**
 - **ou rémunérées y compris dans le cadre d'activités sportives.**
- Toutes fonctions **autres que publiques et/ou électives ou syndicales.**

Vous

Désigne le souscripteur et toute autre personne ayant la qualité d'assuré au titre de ce contrat.

2 Vos garanties

2.1 Quels sont les dommages corporels couverts ?

Notre garantie s'applique en cas de dommages corporels, subis par une personne ayant qualité d'assuré, qui entraînent :

- soit une incapacité permanente égale ou supérieure au taux prévu **par la formule que vous avez choisie et qui est indiquée aux Dispositions Particulières,**
- soit, même en dehors de toute incapacité permanente, un préjudice esthétique présentant une qualification médicalement constatée de 4 et plus sur une échelle de 0 à 7, **si vous avez choisi la formule 2,**
- soit son décès,

lorsque ces dommages résultent **directement d'un événement accidentel ou d'un accident médical survenu dans le cadre de sa vie privée.**

Sont également garantis les dommages corporels :

- subis par les piétons ou les cyclistes, victimes d'un accident de la circulation,
- subis au cours de l'utilisation de véhicules jouets d'enfants, de matériels de jardinage automoteurs ou de l'utilisation de fauteuils roulants électriques,
- résultant de la pratique de sports mécaniques lors des compétitions et essais, **si vous avez déclaré dans vos Dispositions Particulières pratiquer un sport dangereux.**

Toutefois, nous ne garantissons jamais :

- 1** les dommages causés par des maladies, y compris les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales, n'ayant pas pour origine un accident garanti,
 - 2** les dommages résultant d'un accident de la circulation, quel que soit le lieu de survenance, dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorque, caravane ou tout autre appareil (à l'exception des cas prévus ci-dessus),
 - 3** les conséquences de tout dommage que vous vous êtes causé intentionnellement, ou qui a été causé ou provoqué par un bénéficiaire ou avec la complicité de celui-ci,
 - 4** les dommages résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
 - 5** les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère,
 - 6** les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
 - 7** les dommages résultant des expérimentations biomédicales.
-

2.2 Quelles sont les prestations d'assurance garanties ?

Selon la formule que vous avez choisie et qui est indiquée aux Dispositions Particulières, nous prenons en charge, en cas de dommages corporels couverts, les prestations suivantes :

Formule 1	Formule 2
<ul style="list-style-type: none"> • En cas de dommages entraînant, après consolidation, une incapacité permanente égale ou supérieure à 25 % : <ul style="list-style-type: none"> - le préjudice économique résultant de l'incapacité temporaire partielle ou totale d'exercer vos activités professionnelles ou d'accomplir les actes de la vie courante, - les préjudices économiques et physiologiques qui résultent de votre incapacité permanente, - les frais éventuels d'assistance d'une tierce personne, - les frais d'aménagement du domicile et du véhicule, - les seuls préjudices personnels suivants : les souffrances endurées, les préjudices esthétique et d'agrément. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de dommages entraînant, après consolidation, une incapacité permanente égale ou supérieure à 5 % ou même en dehors de toute incapacité permanente, un préjudice esthétique présentant une qualification médicalement constatée de 4 et plus sur une échelle de 0 à 7 : <ul style="list-style-type: none"> - le préjudice économique résultant de l'incapacité temporaire partielle ou totale d'exercer vos activités professionnelles ou d'accomplir les actes de la vie courante, - les préjudices économiques et physiologiques qui résultent de votre incapacité permanente, - les frais éventuels d'assistance d'une tierce personne, - les frais d'aménagement du domicile et du véhicule, - les seuls préjudices personnels suivants : les souffrances endurées, les préjudices esthétique et d'agrément.
<ul style="list-style-type: none"> • En cas de décès : <ul style="list-style-type: none"> - les frais d'obsèques, - le préjudice économique des bénéficiaires, - le préjudice moral des bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de décès : <ul style="list-style-type: none"> - les frais d'obsèques, - le préjudice économique des bénéficiaires, - le préjudice moral des bénéficiaires.
<ul style="list-style-type: none"> • En cas de dommages corporels couverts entraînant la mise en jeu d'une prestation d'assurance garantie : exercice de votre recours contre les tiers responsables dans les conditions prévues au titre du chapitre "l'exercice de votre Recours". 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de dommages corporels couverts entraînant la mise en jeu d'une prestation d'assurance garantie : exercice de votre recours contre les tiers responsables dans les conditions prévues au titre du chapitre "l'exercice de votre Recours".
<ul style="list-style-type: none"> • Les prestations d'assistance prévues au titre "vos prestations d'assistance". 	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestations d'assistance prévues au titre "vos prestations d'assistance".

En cas d'incapacité permanente suivie de décès lié au même événement, les indemnités dues au titre du décès ne sont versées que déduction faite des sommes déjà réglées au titre de l'incapacité permanente et des préjudices personnels.

Si les indemnités réglées au titre de l'incapacité permanente et des préjudices personnels sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises à l'assuré.

En ce qui concerne les frais d'aménagement du domicile et du véhicule, nous les faisons évaluer par un expert spécialisé dans le domaine concerné ; il sera alors réalisé un véritable diagnostic de votre habitat principal : il portera notamment sur les équipements susceptibles de faciliter votre maintien à domicile (installation de rampes d'accès, de poignées, élargissement des portes...).

Au titre des prestations d'assistance, nous pouvons vous mettre en relation avec des entreprises susceptibles de réaliser les travaux recommandés pour votre domicile. Si vous le souhaitez, nous procéderons directement au paiement des travaux d'aménagement réalisés par les entreprises intervenantes dans le cadre du montant de l'indemnité qui vous sera due au titre des "frais d'aménagement du domicile".

IMPORTANT :

L'indemnisation des dommages corporels couverts est faite selon les règles du droit commun, **dans la limite du plafond de garantie de 1 million d'euros par victime dont 15 000 € maximum au titre de l'incapacité temporaire et dans les conditions suivantes :**

- Elle intervient toujours déduction faite des prestations versées par les organismes sociaux ou les tiers payeurs désignés aux articles 29 à 33 de la Loi n° 85.677 du 5 juillet 1985.
- Par ailleurs, celle-ci ne se cumule pas avec des prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou les bénéficiaires d'un tiers responsable et/ou de son assureur, d'un organisme visé par les articles 29 à 33 de la Loi n° 85.677 du 5 juillet 1985.

Vous devez porter ces prestations à notre connaissance dès qu'elles vous sont notifiées par le débiteur et ont été acceptées par vous.

2.3 La période de validité de vos garanties

Les garanties s'appliquent :

- pour les accidents médicaux, aux dommages dont la première manifestation médicalement constatée est intervenue entre le jour de la prise d'effet du contrat et sa résiliation, et dont le fait générateur est postérieur au 01.01.2000,
- pour tout autre événement accidentel, aux dommages dont le fait générateur est intervenu entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation.

3 L'exercice de votre Recours

En cas de dommages corporels couverts et entraînant la mise en jeu d'une prestation d'assurance garantie.

Sous réserve des conditions d'application prévues ci-après, si l'accident dont vous êtes victime met en cause la responsabilité d'un tiers, nous pouvons, si vous le souhaitez, en même temps que l'exercice de notre recours subrogatoire, **exercer votre recours amiable ou judiciaire contre le tiers responsable** de vos dommages corporels pour :

- les postes de préjudices qui ne seraient pas indemnisés au titre du présent contrat,
- la part du préjudice excédant les plafonds de garantie prévus ci-avant.

Nous excluons la prise en charge des frais engagés sans notre accord préalable, des honoraires de résultat ainsi que les sommes de toutes natures que vous devriez en définitive payer ou rembourser à la partie adverse, y compris les dépens et frais que le tribunal estimera équitable de mettre à votre charge.

Important : Conditions d'application de votre garantie "Recours"

Afin de vous fournir le meilleur service possible, nous avons confié la gestion des sinistres "Recours" à un service autonome et spécialisé.

Si l'assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, **vous avez la liberté de le choisir** (y compris en cas de conflit d'intérêt) ; vous pouvez nous laisser le soin de désigner l'avocat que nous avons diligemment pour notre recours dans le cadre de la subrogation ou décider de le choisir vous-même, **mais il nous revient, sous peine de non prise en charge de ses frais et honoraires, de le saisir.**

Nous prenons en charge les frais et honoraires de votre avocat à concurrence de 8 000 € par sinistre et dans les limites suivantes :

• Tribunal correctionnel ou de simple police, Tribunal d'instance	700 €
• Référé	500 €
• Protocole de Transaction /arbitrage	350 €
• Commissions diverses	350 €
• Tribunal de Grande Instance, Administratif, Cour d'Appel	1 000 €
• Cour de Cassation, Conseil d'état, Cour de justice des communautés européennes	1 500 €
• Assistance, mesure d'instruction ou expertise	380 €

Ces montants comprennent les frais inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, ...), la préparation du dossier, la plaidoirie éventuelle et constituent la limite de notre prise en charge.

En cas de désaccord entre vous et nous sur le règlement d'un litige, le différend pourra être soumis à nos frais à une tierce personne désignée en commun accord ou à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés.

Si contre notre avis ou celui de l'arbitre, vous engagez à vos frais une procédure et obtenez une solution plus favorable que la nôtre, nous vous rembourserons les dépenses restées à votre charge.

4 Vos prestations d'assistance

Nous avons choisi comme partenaire Mondial Assistance France ("nous" dans le texte qui suit)
Siège Social : 2, rue Fragonard 75807 Paris Cedex 17.

Important : Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est impératif de nous contacter préalablement au n° de téléphone figurant dans vos Dispositions Particulières.

Les prestations d'assistance sont acquises aux bénéficiaires ("vous" dans le texte qui suit) c'est-à-dire à toutes les personnes qui ont la qualité d'assuré au titre de ce contrat et qui ont été victimes de dommages corporels couverts (tels que définis au § 2.1) et ce quelle que soit la formule souscrite.

Elles sont accessibles pendant toute la validité du contrat c'est-à-dire entre le jour de sa prise d'effet et sa résiliation, en France métropolitaine, à Monaco et dans le monde entier en cas d'accident pendant un voyage.

Quelles sont les prestations d'assistance assurées ?

4.1 Au moment de l'accident

► Soutien pratique

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi de 8 h à 20 h, nous vous communiquons des renseignements utiles tels que :

- les démarches administratives à entreprendre : déclaration à la police, à votre assureur, à la Sécurité Sociale,
- ce qu'il faut faire lorsqu'on est confronté à une situation de perte d'autonomie, à qui s'adresser,
- des informations spécialisées pour les personnes accidentées,
- les activités et loisirs avec aménagements particuliers (cinéma, voyages organisés),
- les conséquences juridiques inhérentes à une situation de perte d'autonomie,
- les prestations pour les personnes en perte d'autonomie.

En aucun cas, les renseignements ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Nous nous engageons à répondre dans un délai de 48 heures.

Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

► Accompagnement psychologique

Lorsque le bénéficiaire a subi un traumatisme psychologique fort, lors d'un accident garanti, nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un psychologue.

Vous (ou votre entourage) nous communiquez les coordonnées du médecin traitant intervenu auprès du patient. Avec votre accord, notre médecin entre alors en contact téléphonique avec ce praticien afin d'évaluer avec lui l'ampleur du traumatisme psychologique.

Si la situation le justifie, nous organisons pour vous un accompagnement psychologique. Un rendez-vous est alors fixé entre vous et un psychologue proche de votre domicile. Lors de cette première consultation en cabinet, le psychologue détermine avec vous les objectifs et la durée de l'intervention.

En dehors de cette indication, le médecin traitant conviendra avec vous du mode d'intervention adapté. Mondial Assistance France prend en charge **le coût des consultations en cabinet à hauteur de 12 heures maximum.**

► **En cas d'hospitalisation**

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si aucun proche n'est disponible sur place **et si l'hospitalisation doit durer au moins 5 jours**, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **l'aide ménagère à domicile** dans la limite des disponibilités locales, pour **un maximum de 30 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.**

Chacune des prestations de l'aide ménagère doit durer **au minimum 3 heures** (y compris le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire), et peut être fournie **entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés.**

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, ...) au domicile du bénéficiaire.

En cas d'immobilisation faisant suite à une hospitalisation, la demande doit obligatoirement être faite dans les 3 jours suivant le retour au domicile.

- **la présence d'un proche au domicile** : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des **enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire.**

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche » ci-dessous.

- **le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche** : voyage aller et retour pour se rendre chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile » ci-dessus.

- **la garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans** par une garde d'enfant au domicile pendant la durée de l'hospitalisation, pour un **maximum de 6 heures consécutives par jour pendant 5 jours.**

Chacune des prestations de la garde d'enfant doit durer **au minimum 4 heures** (y compris le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire), **et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés.**

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

A l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, Mondial Assistance France pourra organiser (**sans prise en charge**) soit la « Présence d'un proche au domicile », soit le « Transfert des enfants chez un proche ».

- **la garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)** : soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, **pendant 10 jours consécutifs maximum**, soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, **dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.**

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

Sont exclus les chiens susceptibles d'être dangereux au sens de la Loi n° 99-5 du 06 janvier 1999.

► **En cas d'accident en voyage**

- Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou des examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge, après avis de son médecin :

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

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

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

- **le séjour à l'hôtel d'une personne restée au chevet du bénéficiaire** dans la limite de **65 € TTC par nuit avec un maximum de 650 € TTC**. Le retour de cette personne est ensuite organisé et pris en charge si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

- **la présence d'un proche au chevet du bénéficiaire** : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, si aucun des passagers sur place ne peut rester.

Sous réserve que l'acheminement de cette personne ait été organisé préalablement dans les conditions définies ci-dessus, nous prenons également en charge **son séjour à l'hôtel** dans la limite de **65 € TTC par nuit avec un maximum de 650 € TTC**.

- **la prolongation du séjour à l'hôtel du bénéficiaire et de la personne restant à son chevet** dans la limite de **65 € TTC par nuit et par personne avec un maximum de 650 € TTC par personne**.

S'ils ne peuvent pas rentrer par les moyens initialement prévus, nous organisons et prenons en charge, dès que l'état du bénéficiaire le permet, **le retour au domicile** de ce dernier et de la personne restée à son chevet par les moyens les plus appropriés.

- **le rapatriement et le transport du corps du bénéficiaire** depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Nous prenons également en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil de modèle simple.

En cas d'inhumation provisoire, Mondial Assistance France organise et prend en charge les frais de transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation définitive en France métropolitaine, après expiration des délais légaux d'exhumation.

Au-delà de ces prestations, nous intervenons également dans l'organisation et la prise en charge :

- **du retour au domicile des autres personnes** si l'absence du bénéficiaire les empêche de rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus.

- **du retour au domicile des enfants de moins de 15 ans** avec accompagnement si nécessaire, si personne n'est en mesure de s'occuper d'eux.

- **du retour au domicile des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)**, lorsqu'il ne peut être effectué par les moyens initialement prévus et que personne n'est en mesure de s'occuper d'eux. **Les frais de cage ne sont pas pris en charge.**

Si les animaux sont blessés, ils sont confiés au service vétérinaire le plus proche avant d'être ramenés au domicile de leur propriétaire ou d'un proche.

► **Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger**

Lorsque le bénéficiaire **accidenté à l'étranger** a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus, Mondial Assistance France propose **la prise en charge complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation dans la limite de 10 000 € TTC**, en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance avec déduction d'une **franchise (somme restant toujours à votre charge) de 25 €**.

Les **soins dentaires** sont remboursés dans la limite de **150 € TTC**.

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

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire :

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

4.2 **Après l'accident, si vous êtes immobilisé à votre domicile : assistance aux personnes immobilisées**

Ces services vous sont fournis **en cas d'accident garanti par le présent contrat : maximum une fois par événement couvert et dans les 6 mois** où nous avons eu connaissance de l'accident.

Conditions applicables à l'assistance aux personnes immobilisées

Les prestations énoncées ci-après ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Nous nous réservons le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir l'accident garanti et la demande de votre médecin traitant.

► **Garde malade à domicile**

Nous nous chargeons de rechercher et de missionner un garde-malade à votre chevet.

Nous prenons en charge cette prestation **pendant 15 heures au maximum, répartie sur 1 mois, avec 3 heures minimum par jour**.

Le délai de prévenance pour la mise en place de la prestation est d'une demi-journée ouvrée.

► **Téléassistance ponctuelle**

Si vous êtes immobilisé **seul** à votre domicile suite à **une hospitalisation de plus de 15 jours**, nous mettons à votre disposition notre service de téléassistance.

Ce dispositif vous permettra depuis votre domicile, grâce à une simple pression sur le boîtier de télécommande portatif, d'entrer en contact **24 heures sur 24 et 7 jours sur 7** avec nos opérateurs spécialisés qui, selon le cas, alerteront vos proches ou dépêcheront auprès de vous les services d'urgences appropriés.

Nous prenons en charge cette prestation pendant 6 mois. Au-delà des 6 mois, nous pourrions à votre demande, prolonger le service à un tarif préférentiel.

Conditions applicables à la mise en place du dispositif Téléassistance

Lors de la demande, vous devrez nous fournir un certain nombre de données confidentielles vous concernant pour la mise en place du service :

- vos coordonnées et moyens d'accès à votre domicile
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de votre domicile
- informations concernant votre entourage
- informations concernant votre état de santé
- les coordonnées de votre médecin traitant
- les services d'urgence locaux
- information sur la présence éventuelle d'une autre personne au domicile
- information sur la présence d'animaux domestiques.

4.3 Après l'accident, pour faciliter votre vie quotidienne

► En cas d'aménagement de l'habitat

En relais de l'expertise effectuée dans le cadre de vos prestations d'assurance garanties "Frais d'aménagement du domicile", nous nous chargeons de rechercher et de missionner les entreprises susceptibles de réaliser les travaux recommandés et de coordonner leur intervention.

Le coût des travaux et des aménagements spéciaux sont réglés par vous ; toutefois si vous le souhaitez, les travaux qui seront ainsi réalisés pourront s'inscrire dans le cadre du montant de l'indemnité qui vous sera due au titre des "Frais d'aménagement du domicile" et être payés directement aux entreprises intervenantes.

► Organisation de la mise en relation avec des organismes de maintien au domicile

Afin de vous aider dans les situations de vie quotidienne, nous recherchons et prenons contact avec des organismes de maintien à domicile.

Pour ces services de mise en relation avec des prestataires, nous vous indiquerons le coût de la prestation lors de votre appel.

Les frais engagés suite à ces services sont réglés par vous.

► Livraison et mise à disposition de matériel médical

Nous organisons la livraison et l'installation de matériel médical au domicile du bénéficiaire. La demande, formulée par appel, doit être confirmée par courrier ou télécopie.

Nous indiquons les délais de livraison et d'installation qui peuvent varier en fonction du type de matériel médical.

Le coût et la livraison du matériel médical sont réglés par vous.

► Recherche d'une maison d'accueil

Si le bénéficiaire ne peut être maintenu à son domicile, Mondial Assistance France l'aide à organiser son hébergement en maison d'accueil et organise la visite de **trois établissements au maximum** choisis par le bénéficiaire ou son entourage et prend en charge **les frais de transport à raison de 100 € TTC maximum par visite.**

Toutefois, Mondial Assistance France ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier du bénéficiaire par un établissement.

► Aide au déménagement

Pour faciliter son entrée en maison d'accueil (ou dans un nouveau domicile plus adapté à sa situation), sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance France assiste le bénéficiaire et sa famille pour :

- **les démarches administratives** : toutes les informations utiles sur les démarches à effectuer en cas de déménagement ainsi que, si besoin, des lettres types pour informer les services et organismes tels que Centre des Eaux, Centre des impôts, Poste, EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, Banque, Sécurité Sociale.
- **le déménagement** : coordonnées d'une entreprise de déménagement du réseau spécialisé de Mondial Assistance France ou d'une agence de location de véhicules utilitaires.
Les frais de déménagement ou de location de véhicules restent à la charge du bénéficiaire.
- **le nettoyage de l'ancien logement** : coordonnées d'une entreprise de nettoyage, pour remettre en état l'ancien logement du bénéficiaire avant l'établissement de l'état des lieux.
Les frais de déplacement et d'intervention de la société de nettoyage restent à la charge du bénéficiaire.

► Aide au Retour à la Vie Professionnelle des Accidentés

Vous êtes âgé d'au moins 20 ans et, suite à votre accident, vous n'êtes plus, de manière définitive, physiquement en mesure de reprendre tout ou en partie votre activité professionnelle.

Dès que votre médecin vous juge médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, ce point étant vérifié par notre médecin, nous vous proposons de vous aider à ré-envisager une nouvelle vie professionnelle.

Notre Conseiller Emploi établit avec vous un **bilan de votre situation personnelle et professionnelle** à partir d'une auto-évaluation et d'un entretien téléphonique.

Il vous aide ensuite à identifier **le plan d'actions adapté à votre situation** et vous communique toutes **les informations utiles** dans le cadre de ce plan d'action.

L'action de notre Conseiller Emploi est précédée par un entretien d'orientation avec un psychologue de notre réseau afin de déterminer un éventuel besoin d'accompagnement psychologique avant d'entreprendre la réflexion professionnelle proprement dite. Si besoin, vous pourrez, de plus, bénéficier **jusqu'à 12 heures de consultations en cabinet avec un psychologue** afin de vous préparer à la réflexion professionnelle.

L'Aide au Retour à la Vie Professionnelle des Accidentés vous est ouverte **dans les 24 mois suivant** le premier jour d'arrêt de travail et vous pouvez y accéder par **un simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 09 h 00 à 18 h 00**.

L'intervention du psychologue est soumise à l'avis de notre médecin et est prise en charge **dans la limite de 12 heures maximum sur 3 mois**.

Conditions applicables à la mise en place "l'Aide au Retour à la Vie Professionnelle des Accidentés"

La prestation "Aide au Retour à la Vie Professionnelle des Accidentés" ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par nous auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont vous relevez.

En outre, notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par vous, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

4.4 En cas de décès

► Organisation des obsèques

Nous nous chargeons d'organiser la cérémonie des obsèques sur le lieu d'inhumation, c'est-à-dire : le convoi, la cérémonie religieuse, l'ouverture du caveau et la mise en bière, grâce à l'intervention de notre prestataire habituel. En cas d'incinération, nous nous chargeons de la remise de l'urne à la famille.

Les frais d'obsèques sont à la charge de la famille.

5 La vie de votre contrat

5.1 La prise d'effet et la durée de votre contrat

Votre contrat prend naissance dès accord des parties et vous êtes assuré à partir de la date indiquée dans les Dispositions Particulières (“date d’effet”).

Les Dispositions Particulières indiquent également la date d’échéance annuelle de votre contrat qui est le point de départ de chaque période annuelle d’assurance.

Les mêmes dispositions s’appliquent à toute modification du contrat.

Votre contrat est conclu pour une durée d’un an (sauf indication contraire). Il se renouvelle automatiquement d’année en année tant qu’il n’y est pas mis fin par vous ou par nous. (Pour les cas de résiliation, se reporter au 5.3 “Les possibilités de mettre fin à votre contrat”).

5.2 Votre cotisation

5.2.1 Comment est-elle déterminée ?

Votre cotisation a été fixée en fonction :

- **de la déclaration que vous avez faite lors de la souscription de votre contrat (pratique ou non d’un sport dangereux par une ou plusieurs personnes assurées).**

Cette déclaration a été mentionnée dans vos Dispositions Particulières.

Si votre déclaration n’est pas conforme à la réalité, nous pourrions en cas de sinistre et conformément à la réglementation :

- **soit réduire votre indemnité dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l’être si la déclaration avait été conforme à la réalité, (sous réserve de l’application de l’article L 191-4 du Code des assurances pour les risques situés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle).**
 - **soit annuler votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.**
- **de la formule que vous avez choisie** et qui est indiquée dans vos Dispositions Particulières.
 - **des personnes assurées et mentionnées comme telles dans vos Dispositions Particulières.**

Elle comprend les frais annexes ainsi que les taxes que nous sommes chargés d’encaisser pour le compte de l’Etat.

Important :

Vous devez pour échapper aux sanctions prévues ci-dessus en cas de non conformité de votre déclaration à la réalité, nous déclarer en cours de contrat les circonstances nouvelles ayant pour conséquence d’aggraver le risque et qui rendent de ce fait inexacte ou caduque la réponse que vous nous avez apportée.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée adressée à notre société ou son représentant, dans **un délai de 15 jours** à partir du moment où vous avez eu connaissance de ces circonstances nouvelles.

Si vous ne respectez pas ce délai, vous perdez tout droit à garantie en cas de sinistre, sauf cas fortuit ou de force majeure, dès lors que nous aurons établi que votre retard nous a causé un préjudice.

Lorsque ces circonstances nouvelles constituent une aggravation du risque au sens de l'article L 113-4 du Code des assurances, nous pouvons soit vous proposer de nouvelles conditions tarifaires, soit résilier votre contrat.

5.2.2 Quand et comment payer votre cotisation ?

Votre cotisation est exigible annuellement et elle est payable **d'avance** à l'échéance indiquée dans vos Dispositions Particulières. Toutefois, un paiement fractionné peut être accordé. Ce paiement s'effectue auprès de notre société ou de son représentant.

5.2.3 Que se passe-t-il si vous ne payez pas votre cotisation ?

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours suivant son échéance, nous sommes en droit d'adresser une lettre recommandée de mise en demeure qui entraînera (sauf si entre-temps la cotisation a été réglée) :

- **la suspension des garanties 30 jours après l'envoi de cette lettre,**
- **la résiliation du contrat 10 jours après la suspension.**

Lorsqu'il y a suspension de garantie pour non paiement, le montant de la cotisation annuelle reste dû en dépit de l'absence de garantie.

Lorsque le paiement de la cotisation annuelle est fractionné, nous nous réservons la possibilité, en cas de suspension de la garantie intervenue pour non-paiement, de supprimer le fractionnement.

Tant que le contrat n'est pas résilié, l'assurance reprend ses effets le lendemain, à midi, du jour où la cotisation due est intégralement payée.

5.2.4 Comment évolue votre cotisation ?

a) Par le jeu de l'indexation

La cotisation nette (ainsi que le plafond de garantie) varie à chaque échéance annuelle dans le rapport existant entre l'indice d'échéance et l'indice précédent ou à défaut, l'indice de souscription si celui-ci n'a pas varié depuis l'établissement du contrat.

L'indice de souscription est celui qui figure aux Dispositions Particulières et l'indice d'échéance est celui qui est publié 2 mois au moins avant l'échéance et figure sur l'appel de cotisation.

Si une nouvelle valeur de l'indice n'était pas publiée dans les 4 mois qui suivent la date normale de publication, elle serait remplacée par une valeur établie dans le plus bref délai par un expert désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris, sur notre requête et à nos frais.

b) Pour des motifs de caractère technique

La cotisation peut alors être modifiée à chaque échéance annuelle. Dans ce cas, vous avez le droit de résilier le contrat dans les conditions prévues ci-après.

5.3 Les possibilités de mettre fin à votre contrat (résiliation)¹

Il peut être mis fin à votre contrat par vous ou par nous de la façon suivante :

- lorsque la résiliation est **de votre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé auprès de notre Société ou par un acte extra judiciaire,
- lorsque la résiliation est **de notre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernière adresse connue.

Lorsqu'il est mis fin à votre contrat au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la fraction de cotisation correspondant à la période d'assurance postérieure à la résiliation, **sauf en cas de résiliation pour non paiement de votre cotisation.**

¹ sous réserve des dispositions de la Loi n° 89-1009 du 31/12/89 relative au maintien de la garantie après l'expiration d'un délai de deux ans après la date de souscription de la garantie

5.3.1 Votre contrat peut être résilié par vous ou par nous

a) Chaque année à la date d'échéance annuelle avec un préavis d'au moins 2 mois

En cas de résiliation par lettre recommandée, le préavis est décompté à partir de la date d'envoi de la lettre, le cachet de la poste faisant foi.

b) Après sinistre, le contrat prenant fin un mois après la date de votre déclaration ou la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi (sous réserve de l'application de l'article L 191.6 du Code des assurances pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle).

En cas de résiliation par nous-mêmes, vous pourrez résilier les autres contrats d'assurance souscrits auprès de notre Société. Cette résiliation doit intervenir dans le délai d'un mois après la date d'envoi de notre lettre recommandée. Elle prend effet un mois après la date de votre déclaration ou la date d'envoi de votre lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi).

5.3.2 Vous pouvez résilier votre contrat

a) Si vous changez de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, si vous prenez votre retraite professionnelle ou cessez définitivement votre activité.

Vous devez dans les trois mois nous adresser une lettre recommandée indiquant la date et la nature de l'événement invoqué. Le contrat prend alors fin un mois après la date d'envoi de cette lettre.

b) Si nous augmentons votre cotisation pour des motifs de caractère technique et que vous refusez cette modification dans le mois où vous en avez eu connaissance.

Le contrat prend alors fin un mois après envoi de votre lettre recommandée ou un mois après votre déclaration. Vous nous devez la part de cotisation correspondant à cette période, calculée sur les bases de la cotisation précédente.

c) Si nous refusons de réduire le montant de votre cotisation après diminution du risque en cours de contrat, la résiliation prend alors effet 30 jours après sa notification.

5.3.3 Nous pouvons résilier votre contrat

a) En cas de non paiement de votre cotisation (article L 113-3 du Code des assurances).

Vous nous devez alors, à titre d'indemnité, la fraction de cotisation correspondant à la période d'assurance postérieure à la résiliation (sous réserve de l'article L 191-4 du Code des assurances pour les risques situés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle).

b) Si vos déclarations relatives aux circonstances du risque ne sont pas conformes à la réalité au sens de l'article L 113-9 du Code des assurances, la résiliation prend alors effet **dix jours après sa notification**.

c) Si en cas d'aggravation des risques couverts par le contrat, vous n'avez pas donné suite à notre proposition de nouvelles conditions tarifaires ou l'avez expressément refusée, la résiliation prend alors effet **trente jours après la notification de ces nouvelles conditions**.

5.3.4 Nous pouvons résilier votre contrat de plein droit

En cas de retrait total de notre agrément, la résiliation prenant effet **le 40^{ème} jour, à midi, qui suit sa publication au Journal Officiel** (article L 326.12 du Code des assurances).

5.4 Le délai pour se prévaloir du contrat (*prescription*)

Ni vous ni nous ne pouvons nous prévaloir de ce contrat pour exercer nos droits respectifs passé **un délai de deux ans** (10 ans pour les bénéficiaires en cas de décès consécutif à un accident corporel) **à compter de l'événement qui leur a donné naissance** (articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances).

Bien entendu, cette prescription peut être interrompue par tout moyen de droit commun, notamment citation en justice, ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

6 Que se passe-t-il en cas de sinistre ? Nos obligations réciproques

Il y a sinistre lorsque le risque couvert par votre contrat se réalise faisant jouer ainsi les garanties souscrites.

6.1 Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

- **Nous déclarer** le sinistre dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les **cinq jours ouvrés**.

Attention : si le sinistre n'est pas déclaré dans les délais prévus, sauf cas fortuit ou de force majeure, il y a déchéance du droit à indemnité si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice.

- **Indiquer dans votre déclaration** la date, le lieu et les circonstances du sinistre et nous adresser un certificat médical initial de constatation des dommages corporels dans un délai de **30 jours** à compter du sinistre indiquant la nature des lésions et leurs conséquences probables.

Nos médecins experts doivent pouvoir à tout moment procéder à l'examen médical de la victime.

Dans le cas où, sauf motif impérieux dûment justifié, la victime faisait obstacle à l'exercice de ce contrôle, elle serait, si elle maintenait son opposition, privée de tout droit à indemnité après que nous l'ayons avisée quarante huit heures à l'avance par lettre recommandée.

- **Transmettre** dès réception tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure, qui seraient adressés, remis ou signifiés à vous-même ou à votre personnel.

Attention : si vous avez fait, de mauvaise foi, de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences apparentes du sinistre, vous perdez tout droit à la garantie pour le sinistre en cause. S'il y a eu règlement au titre de ce sinistre, le montant doit nous en être remboursé. Nous avons enfin la possibilité de résilier immédiatement le contrat.

Si vous avez contracté, sans fraude, plusieurs assurances de même nature, vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'assureur de votre choix, dans les limites de garanties prévues par votre contrat.

6.2 Comment sont réglés les sinistres ?

Ils sont réglés d'un commun accord entre vous et nous.

Si nous faisons appel à un médecin spécialiste en réparation des dommages corporels, vous pourrez vous faire représenter par votre propre médecin expert (dont les honoraires seront à votre charge).

Le rapport d'expertise médical devra vous être communiqué **dans les 20 jours** suivant l'examen.

Pour la détermination du taux d'incapacité permanente, les médecins experts devront se référer au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition 2001).

Ils devront notamment déterminer si vous avez besoin de l'assistance d'une tierce personne ; ils en fixeront la nature et la durée.

Les médecins experts devront également estimer si l'état de la victime nécessite que soient effectués des aménagements de son véhicule ou de son domicile.

Dans ce dernier cas, les frais d'aménagement seront évalués par un architecte spécialisé dans le domaine concerné, que nous missionnerons en accord avec vous.

En cas de désaccord sur les conclusions médicales, il est convenu qu'avant tout recours à la voie judiciaire, il sera obligatoirement procédé à une expertise amiable dans les conditions suivantes :

- chacun de nous a choisi son propre expert : si les deux experts ne sont pas d'accord entre eux, ils s'en adjoignent un troisième ; les trois experts opèrent alors en commun et à la majorité des voix.
- si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation de celui-ci est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent sur requête du plus diligent d'entre nous.
- chacun de nous paye les honoraires de son expert et la moitié du troisième.

6.3 Le paiement des prestations

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite **dans un délai de cinq mois** suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation de votre état, sous réserve que dans ce délai, vous nous ayez communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir des tiers payeurs.

Dans le cas où les médecins experts ne peuvent conclure de façon définitive mais estiment que l'incapacité permanente directement imputable à l'accident (y compris médical) dépassera le taux prévu par la formule que vous avez choisie et qui est mentionnée dans vos Dispositions Particulières, une offre provisionnelle vous sera faite dans le mois suivant la communication qui nous sera faite du rapport d'expertise médical.

Le paiement des indemnités correspondant aux prestations est effectué :

- en cas d'incapacité permanente : à la victime elle-même ou s'il s'agit d'un enfant mineur à ses représentants légaux sur un compte bloqué au nom de l'enfant
- en cas de décès d'une personne assurée : aux bénéficiaires

dans les 30 jours, soit de l'accord, soit de la décision judiciaire exécutoire.

6.4 En cas d'aggravation

L'évolution de votre état en relation directe et certaine avec un événement garanti, de nature à modifier les conclusions médicales initiales, ouvre droit à indemnisation.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie **soit 1 million d'euros**.

6.5 Quels sont nos droits une fois que nous vous avons indemnisé ? (*subrogation*)

Conformément à l'article L 121.12 du Code des assurances, la subrogation nous permet d'agir à votre place dans vos droits et actions contre tout tiers responsable de l'accident dans la limite des indemnités payées par nous.

Notre garantie cessera d'être engagée, si de votre fait, nous ne pouvons plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

Particularité pour la garantie "Recours"

En vertu des dispositions de l'article L 121.12 du Code des assurances, les indemnités qui pourraient vous être allouées au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, 475.1 et 375 du Code de Procédure Pénale, de l'article L 761.1 du Code de Justice Administrative et de l'article 75.1 de la Loi du 10 juillet 1991 (Nouveau Code de Procédure Civile), ou leurs équivalents devant les juridictions autres que françaises, nous reviennent de plein droit, à concurrence des sommes que nous avons payées et après vous avoir désintéressé si des frais et honoraires sont restés à votre charge.

7 A noter également

Relations Consommateurs

Votre interlocuteur habituel des AGF est en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas votre attente, vous pourrez adresser votre réclamation au Service dont l'adresse figure dans vos Dispositions Particulières. Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur dont nous vous fournirons, sur simple demande, les coordonnées, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Autorité de contrôle des entreprises d'assurance

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance - 54, rue de Châteaudun 75009 Paris.

Informatique et Libertés

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à notre usage, celui de nos mandataires et des organismes professionnels.

*Pour de plus amples renseignements,
votre conseiller est à votre disposition*

