GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Conditions Générales

Garantie des accidents de la vie

Votre contrat Garantie des Accidents de la Vie se compose :

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

Il est régi par le Code des Assurances. La langue du contrat est le français et le contrat est soumis au droit français. Les mots suivis d'un astérisque sont définis au lexique.

SOMMAIRE

1 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT 1
- Qui est assuré ? 1
- Qui bénéficie de la garantie en cas de décès ? 1
- Quels sont les préjudices indemnisés et les événements garantis ? 1

2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* 2
- Dispositions générales 2
- Prestations de renseignements téléphoniques en cas d'accident* garanti 2
- Prestations en cas d'hospitalisation imprévue dès le premier jour d'hospitalisation 3
- Prestations en cas d'immobilisation imprévue* au domicile* supérieure à 3 jours suite à une hospitalisation ou non 3
- Prestation pour les enfants de moins de 15 ans en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue au domicile 4
- Prestations en cas de difficulté à reprendre la vie professionnelle suite à un accident* garanti 4
- Prestations en cas d'atteinte à l'intégrité physique et psychique* (AIPP) au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans les conditions particulières* 5
- Prestations en cas d'accident* garanti survenu lors de déplacement(s) 6
- Prestations en cas de décès 7
- Exclusions a l'application des garanties 7

3 - LES GARANTIES D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE LA VIE 8
- Préjudices indemnisés 8
- Comment est calculée l'indemnité ? 8
- Principe de non-cumul 8

4 - LA VIE DE VOTRE CONTRAT 9
- Date à partir de laquelle vous êtes assuré 9
- Durée de votre contrat 9
- Étendue géographique de votre contrat 9
- Ce qui peut modifier votre contrat 9
- Changements concernant votre déclaration 9
- Votre prime 9
- Ce qui peut interrompre votre contrat 9
- La résiliation infra-annuelle 9
- Les modalités de résiliation* 10
- Le délai pour engager une action et la prescription 10

5 - EN CAS DE SINISTRE 10
- Vos obligations 10
- Nos obligations 10
- La subrogation : transmission de vos droits et actions 11
- Tableau des plafonds d'indemnisation 11

6 - VOUS SOUHAITEZ NOUS CONTACTER 11

7 - LEXIQUE 12

CAISSE D'EPARGNE

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

1 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT

QUI EST ASSURÉ ?

En formule individuelle

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

En formule Familiale

Les garanties du contrat et les prestations d'assistance* sont accordées aux personnes suivantes dès lors qu'elles sont désignées aux Conditions Particulières * en tant que bénéficiaires* :
- le souscripteur,
- son conjoint* non séparé(e) de corps ou de fait,
- les enfants fiscalement ou économiquement à charge*.

QUI BÉNÉFICIE DE LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ?

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

QUELS SONT LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS ET LES ÉVÉNEMENTS GARANTIS ?

1. Les préjudices indemnisés

Dans les conditions définies ci-après, le présent contrat garantit les préjudices résultant d'événements accidentels qui surviennent dans la vie privée du bénéficiaire*, dès lors que l'accident* entraîne :
- le décès du bénéficiaire*,
- ou une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) imputable directement à l'accident* au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières*,
- ou une hospitalisation au moins égale à 5 jours consécutifs dans un service de chirurgie* dès lors que ce seuil est indiqué dans vos Conditions Particulières*.

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

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

2. Les événements accidentels garantis

• Les accidents* de la vie privée

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

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

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

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

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

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

• Les accidents* dus à des catastrophes naturelles ou technologiques

Sont garanties les conséquences des dommages corporels* occasionnés par :
- une catastrophe naturelle telle que définie par la loi n° 82.600 du 13 juillet 1982,
- une catastrophe technologique telle que définie par la loi n° 2003-699 du 30 juillet 2003.

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

• Les accidents* médicaux

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

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

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

Ce que votre contrat ne garantit pas :
Les accidents* médicaux dont le fait générateur est antérieur au 1er janvier 2000.

CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT JAMAIS
- **Les dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident* garanti.**
- **Les dommages causés par des accidents vasculaires cérébraux et des accidents cardio-vasculaires n'ayant pas pour origine un accident garanti.**
- **Les dommages causés par des troubles de la coagulation en rapport avec une alcoolémie chronique, n'ayant pas pour origine un accident garanti.**
- **Les dommages causés par des dépendances à des substances psycho-actives (drogues) n'ayant pas pour origine un accident garanti ou lorsque ces dépendances relèvent de la participation à un délit intentionnel.**
- **Les dommages causés par le suicide ou les conséquences de la tentative de suicide.**
- **Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles (y compris les activités sportives donnant lieu à rémunération) ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.**
- **Les dommages résultant d'un accident* de la circulation quel que soit le lieu de survenance (que vous soyez conducteur, passager, piéton ou cycliste) dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres. Cependant nous garantissons les dommages causés par des véhicules jouets ou par des tondeuses autotractées non soumis à l'obligation d'assurance.**
- **Les conséquences de tout dommage que vous vous êtes causé intentionnellement.**
- **Les dommages résultant de votre participation à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.**
- **Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère.**
- **Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle des particules.**

2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE*

Attention :
Les prestations d'assistance* sont indépendantes des autres garanties de votre contrat. Elles peuvent vous être acquises alors que l'indemnisation d'assurance ne l'est pas, dès lors que l'événement est garanti et que votre contrat a pris effet. Pour bénéficier des services de notre assistance*, appeler le 09 69 36 45 45 (appel non surtaxé).
Accessibilité pour les personnes malentendantes et sourdes via le site de votre Caisse d'Epargne ou Banque associée. Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS au 06 85 11 93 55 (coût selon opérateur).
Les dépenses engagées sans l'accord préalable de notre Assisteur* resteront à votre charge.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- Les prestations d'assistance* au domicile* sont accordées uniquement en France Métropolitaine (Corse incluse), en Principautés d'Andorre et de Monaco. Les prestations en cas d'accident* garanti survenu lors de déplacement(s) s'exercent dans le monde entier lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.
- Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire* ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.
- Nous ne serons pas tenus responsables des manquements ou contretemps à l'exécution de ces obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, pandémie, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.
- Nous nous efforcerons néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire*. Nous nous réservons le droit de demander tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance* et ouvrant droit au bénéfice des prestations d'assistance* mentionnées dans les présentes Conditions Générales*. Le demandeur s'engage à nous fournir tout acte, pièce, facture, certificat médical ou bulletin d'hospitalisation :
  - soit préalablement à la mise en œuvre des prestations,
  - soit concurremment à la demande écrite ou dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure).

  Ces justificatifs seront adressés à notre médecin conseil. Nous nous réservons le droit de contacter le médecin qui a établi les dits justificatifs.
  Nous ne pouvons répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le demandeur des dispositions qui précèdent et serions en droit de réclamer au bénéficiaire* le remboursement des frais exposés.
- Pour obtenir le remboursement de vos prestations d'assistance*, vous devez nous prévenir avant toute mise en place afin d'obtenir notre accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite des frais que nous aurions engagés pour organiser le service.
- Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance* au domicile* peut nécessiter un délai d'une demi journée ouvrée.
- Les prestations d'assistance* n'étant pas conçues pour servir les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par nous pour sa réalisation.

PRESTATIONS DE RENSEIGNEMENTS TÉLÉPHONIQUES EN CAS D'ACCIDENT* GARANTI

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

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

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

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

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

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

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

• Le déplacement d'un proche

Nous organisons et prenons en charge en charge le voyage aller-retour, par train 1re classe ou avion classe économique, 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.

• Le transfert des enfants de moins de 15 ans

Nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, nous organisons et prenons en charge l'accompagnement des enfants par l'un de nos prestataires.

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

Nous organisons la garde des enfants de moins de 15 ans, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 7 jours dans un délai d'un mois après l'hospitalisation.
Chaque prestation de la garde d'enfants dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile* du bénéficiaire* et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par un(e) travailleur(se) familial(e). Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire* au domicile*, préparer ses repas et apporter des soins quotidiens à l'enfant.
Pendant ses heures de présence, la personne gardant les enfants pourra les accompagner à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires* et retourner les chercher.
À l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, nous pourrons organiser soit la présence d'un proche au domicile*, soit le transfert des enfants de moins de 15 ans chez un proche.
Nous organisons et prenons en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

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

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

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

Nous prenons en charge sur présentation d'un justificatif de paiement l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter », ou
- La garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent, ou
- La garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 € par jour, jusqu'à 229 € TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.
L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

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

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

Attention :
Les prestations énoncées dans le présent contrat ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. Ces prestations sont mises en place une fois par sinistre et s'appliquent :
- dans le mois qui suit l'hospitalisation du bénéficiaire*,
- et/ou pendant l'immobilisation du bénéficiaire*,
- ou dans l'année qui suit l'accident* ou en cas d'aggravation ultérieure de l'état du bénéficiaire*.

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

• La présence d'un proche

Nous organisons et prenons en charge en France le déplacement aller - retour d'un proche par train 1re classe ou avion classe économique.
Nous organisons également et prenons en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 46 € TTC par nuit.

• Le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans

Nous organisons et prenons en charge le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, nous organisons et prenons en charge l'accompagnement des enfants par l'un de nos prestataires.
Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du bénéficiaire* » ci-dessus.

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

Nous prenons en charge la recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger.
La garantie est limitée à une livraison par événement.
Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

• Une aide à domicile*

Nous recherchons et missionnons une aide à domicile* dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 21 heures pouvant être réparties sur 4 semaines.
Chaque prestation de l'aide à domicile* inclut le temps de parcours jusqu'au domicile* du bénéficiaire*, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au vendredi, hors jours fériés. La mission

de l'aide à domicile* concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile* du bénéficiaire*.
Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du bénéficiaire* » ci-dessus.

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

Nous recherchons et missionnons un(e) garde-malade dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 21 heures pouvant être réparties sur 4 semaines.
Chaque prestation du garde-malade inclut le temps de parcours jusqu'au domicile* du bénéficiaire*, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.
Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du bénéficiaire* » ci-dessus.

• La recherche de médecin, infirmière ou intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, nous communiquons les coordonnées d'un médecin.
De la même façon, nous pouvons, en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.
Nous ne sommes pas responsable si aucun médecin, infirmière ou intervenant paramédical n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin, infirmière ou de l' intervenant paramédical susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à notre encontre.

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

PRESTATION POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

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

• La garde au domicile de l'enfant convalescent

Nous organisons et prenons en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 7 jours.

Cette prestation n'est pas ouverte pendant les congés légaux du ou des parents, pendant les heures de travail de la nourrice employée et déclarée.

• Un soutien scolaire dans les matières générales

Lorsque l'hospitalisation ou l'immobilisation au domicile* est imprévue et entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous organisons et prenons en charge un soutien scolaire pour l'enfant bénéficiaire*. Le soutien scolaire s'applique pour les enfants du primaire au secondaire et concerne les matières générales (français, mathématiques, histoire, géographie, langues vivantes).
Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'enfant bénéficiaire*. Il pourra, avec l'accord de l'enfant bénéficiaire* et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels de l'enfant bénéficiaire* l'étendue du programme à étudier.
En cas d'immobilisation imprévue* au domicile* supérieure à 15 jours consécutifs, le soutien scolaire est délivré au domicile*. En cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, le soutien scolaire peut également être fourni dans l'établissement de soins sous réserve de son accord exprès.
Le soutien scolaire est accordé pour la durée effective de l'année scolaire en cours en dehors des périodes de vacances scolaires, pour un maximum de 15 heures par semaine. Il cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.
La prestation peut être fournie du lundi au vendredi hors jours fériés dans la limite des disponibilités locales. Toutefois la mise en place de cette prestation peut nécessiter un délai de 2 jours ouvrés.

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

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

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

L'Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés est ouverte au bénéficiaire* âgé de 20 ans au moins qui n'est définitivement plus en mesure, physiquement, de reprendre tout ou partie de son activité professionnelle. Elle est accessible dans les 24 mois qui suivent la date de son premier jour d'arrêt de travail de plus de 2 mois.
Le bénéficiaire* doit avoir été jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle et autoriser notre médecin conseil à s'en assurer auprès de son médecin traitant.
Un Conseiller Emploi valide la motivation du bénéficiaire* et lui propose un entretien d'orientation avec un psychologue de notre réseau proche de son domicile*. Cet entretien a pour but de mieux cerner le besoin du bénéficiaire* et de lui proposer, si besoin, un accompagnement psychologique avant d'entamer la réflexion professionnelle proprement dite.

En aucun cas, il n'y aura de prise en charge par IMA de « l'accompagnement psychologique » dans les situations suivantes :
- En cas de maladie chronique psychique lourde ou de maladie psychologique antérieurement avérée/constituée ou en cours de traitement, si celle-ci ne permet pas au médecin traitant de considérer le bénéficiaire comme psychologiquement apte à suivre la prestation,
- En cas d'états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool,
- En cas d'états résultant d'une tentative de suicide.

Si la situation du bénéficiaire* justifie une intervention psychologique d'accompagnement en raison de l'ampleur du traumatisme psychologique subi, le psychologue et le bénéficiaire* déterminent ensemble les objectifs et la durée de l'accompagnement lors de la première consultation.
Dans ce cas, nous prenons en charge jusqu'à 12 entretiens en cabinet avec le psychologue de notre réseau.
À l'issue de cet accompagnement psychologique ou si l'entretien d'orientation n'en a pas fait ressortir l'utilité, le module « Réflexion Professionnelle » est enclenché. Il se déroule en 3 étapes :

• Bilan employabilité

Pour accompagner l'adhérent qui ne peut plus exercer sa fonction actuelle et qui souhaite être repositionné sur un autre poste dans la même entreprise, nous organisons et prenons en charge 3 entretiens maximum dont 2 en face à face et 1 par téléphone post bilan si nécessaire pour établir un pré-diagnostic d'employabilité et un plan d'actions.
Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement, et s'applique une seule fois sur une période de 12 mois.

Attention :
La prestation « Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés » ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle de notre part ne sera effectuée auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire* relève. En outre, notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire*, du ou des renseignement(s) communiqué(s). Nous pouvons fournir des renseignements juridiques mais pas de consultations juridiques.
La durée de la prestation est au plus de :
- 3 mois pour l'accompagnement psychologique lorsqu'il y a lieu,
- 3 mois pour la réflexion professionnelle.

• Une Aide au Retour à l'Emploi

Nous proposons une aide au retour à l'emploi.
Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- Recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
- Informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision...

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'événement.

Si nécessaire, en complément, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :
Réalisation d'un bilan professionnel :

- Cartographie des compétences, analyse du savoir être et formalisation d'un projet,
- Techniques de recherche d'emploi : CV et lettre de motivation, organisation de la recherche et techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche,
- Prospection d'offres d'emplois avec un accès à un portail web pour la consultation d'offres en ligne actualisées.

La garantie est limitée à :
7 entretiens en face à face (ou téléphoniques) sur 4 mois pour le bilan professionnel et les techniques de recherches d'emplois dans les 12 mois suivant l'événement.
3 entretiens sur 3 mois pour les techniques de recherche d'emploi dans les 12 mois suivant l'événement.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Nous n'effectuerons aucune démarche matérielle auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.
En outre, notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

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

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

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

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

• Conseil social

Nous organisons et prenons en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un travailleur social. Ces conseils sont mis en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.
Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

1 - Faire face au handicap

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

2 - A qui s'adresser concrètement ?

- les différents organismes compétents (Maison Départementale des Personnes Handicapées, CCAS...),
- les associations spécialisées,
- le Ministère de la santé et de la protection sociale,
- le site officiel sur le handicap,
- les acteurs du secteur social...

3 - Quelles sont les prestations auxquelles la personne en situation de handicap a droit ?

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

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

4 - Loisirs et vie culturelle

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

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

• Une aide à la vie quotidienne

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

1 - Bilan situationnel par téléphone

Nous organisons et prenons en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute.
Cette garantie prend en compte l'évaluation à distance de la situation de la personne dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule...), ne nécessitant pas une intervention sur site.
Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de la personne : personne en situation de fragilité, sortie d'hospitalisation, de SRR (soins de suite et de réadaptation), immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'aidant...
- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.

Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales...).

À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts... pour permettre la mise en œuvre effective. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

2 - Le bilan social

Nous organisons et prenons en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire en prenant en compte sa ou ses problématiques.
Il identifie avec le bénéficiaire les solutions les plus adaptées à la situation :
- le choix du lieu de vie,
- la recherche des aides financières possibles,
- les ressources locales (accueil de jours, associations...),
- la mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- l'identification des priorités et envoi d'une synthèse au bénéficiaire, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3 - Les services ponctuels au domicile*

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

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

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

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

1 - Des informations sur les différentes solutions possibles
- les adresses des différents établissements dans la région que le bénéficiaire* a choisis,
- les caractéristiques de ces établissements, en fonction du handicap du bénéficiaire*,
- les démarches à effectuer.

2 - Les démarches administratives

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

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

Attention :
La décision d'assistance appartient exclusivement à notre médecin conseil, après contact avec le médecin traitant et éventuellement la famille du bénéficiaire*. Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire* et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.
Sauf décision contraire de notre médecin conseil, les rapatriements ou transports sanitaires vers la France métropolitaine, Monaco et Andorre depuis les pays du Groupe C s'effectuent par avion de ligne régulière.
Pays du groupe C : monde entier sauf la France métropolitaine y compris Corse, Andorre, Monaco, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark (hors Groenland), Espagne Continentale, Baléares, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal Continental, République San Marin, Suisse, Albanie, Biélorussie, Bulgarie, Bosnie Herzégovine, Canaries, Croatie, Finlande, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Macédoine, Madère, Malte, Maroc, Moldavie, Norvège, Pays-Baltes, Pologne, Serbie, Monténégro, Slovaquie, République Tchèque, Roumanie, Russie (partie européenne), Slovénie, Suède, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

• Le rapatriement ou transport sanitaire

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

1 - Le transport sanitaire ou rapatriement

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

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

Lorsque l'accident* est survenu sur les pistes de ski, nous remboursons :
- le premier transport du bénéficiaire* depuis le lieu de l'accident* jusqu'au centre médical susceptible de prodiguer les premiers soins dans les limites de la station,
- le retour jusqu'au lieu de séjour du bénéficiaire* dans la station le jour de l'accident.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS

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

• Le rapatriement ou transport du corps

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

Lorsqu'il y a inhumation provisoire, nous organisons et prenons en charge les frais de transport du corps du bénéficiaire* jusqu'au lieu d'inhumation définitive en France métropolitaine, après expiration des délais légaux d'exhumation.

Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge des familles.

• Le retour au domicile*

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

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

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

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

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

• Des informations Décès/Succession

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

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

Nous mettons la famille en relation avec son prestataire habituel qui se chargera de l'organisation de la cérémonie : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière. L'ensemble des frais d'obsèques générés restera à la charge de la famille du bénéficiaire.

EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

Exclusions pour l'assistance à domicile :

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- **Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.**
- **Les décès consécutifs :**
  - **à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;**
  - **à la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;**
  - **à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,**
  - **à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;**
  - **à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;**
  - **à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;**
  - **aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.**

Exclusions pour l'assistance déplacement :

Ne sont en aucun cas pris en charge :

Certains frais et dépenses :

- **Les frais liés aux affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,**
- **Les frais de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar en cas d'hébergement pris en charge au titre des garanties,**
- **Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),**
- **Les frais d'achat ou de location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,**
- **Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans notre accord préalable, sauf cas de force majeure,**
- **Les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement et toute dépense pour laquelle le bénéficiaire ne peut produire de justificatif,**
- **Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation,**
- **Les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un rapatriement par avion de ligne,**
- **Les frais résultants de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale,**
- **Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple),**
- **Les frais d'appareillages médicaux et prothèses (dentaires notamment),**
- **Les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence**
- **Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,**
- **Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,**
- **Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,**
- **Les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés en France,**
- **Les frais médicaux qui interviennent dans le pays du domicile du bénéficiaire,**
- **Les frais de transports primaires, c'est-dire les transports sanitaires d'urgence relevant d'une organisation décidée par la puissance publique locale,**
- **Les frais liés au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,**
- **Les frais de cure thermale, d'héliothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de « confort » ou de traitement à visée esthétique.**

Les événements suivants :

- **Les grèves, la manipulation d'armes, la participation volontaire à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense,**
- **Les attentats, guerres civiles ou étrangères, révolution, émeute,**
- **Les actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et la tentative de suicide,**
- **La consommation d'alcool lorsqu'elle est directement à l'origine de la cause de l'événement, de drogue, et de toute substance stupéfiante mentionnée au code de la Santé Publique, non prescrite médicalement.**
- **Tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,**

- Les événements dont la responsabilité peut incomber soit à l'organisateur du voyage en application du Titre I du Livre II du Code du Tourisme fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de surréservation,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé pour un traitement quel qu'en soit sa nature ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
- Les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé,
- L'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences,
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,
- Les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition, ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires,
- L'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive.

Les conséquences des situations ou événements suivants :

- Les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur,
- Les conséquences des blessures et maladies préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation ou de soins ambulatoires dans les 6 mois précédent le début du voyage,
- Les conséquences d'une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle le bénéficiaire est en séjour de convalescence, ainsi que les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- Les conséquences des accidents ou lésion bénignes qui peuvent être traitées sur place.
- Les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine, de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), du Ministère en charge des Affaires Etrangères ou des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays dans lequel le bénéficiaire séjourne,
- Les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant, de l'exposition à des agents chimiques types gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,
- Les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique d'une activité aérienne (y compris delta-plane, parapente, planeur) ou de l'un des sports suivants : skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec ou sans appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme, kitesurf, base jump.

Notre responsabilité ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin, qui auront été préconisés par IMA.
Par ailleurs, nous intervenons 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.

La preuve de l'exclusion nous incombe.

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

PRÉJUDICES INDEMNISÉS

En cas de dommages corporels* entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique* (AIPP) ou une hospitalisation dans un service de chirurgie* au moins égale au seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières*, les préjudices indemnisés après consolidation*, sont :
- Les frais de logement adapté
- Les frais de véhicule adapté
- L'assistance permanente et temporaire par tierce personne*
- Les pertes de gains professionnels actuels et futurs
- L'incidence professionnelle
- Le déficit fonctionnel permanent
- Les souffrances endurées*
- Le préjudice sexuel
- Le préjudice esthétique permanent*
- Le préjudice d'agrément*.

Ces postes s'entendent selon la définition du droit commun.
Les dommages corporels* sont indemnisés dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties des accidents de la vie de la page 10.

En cas de décès de l'un des bénéficiaires*, les préjudices indemnisés sont :
- Les frais d'obsèques
- Les pertes de revenus des proches
- Les frais divers des proches
- Le préjudice d'affection.

Ces postes s'entendent selon la définition du droit commun.
Ces préjudices sont indemnisés dans la limite prévue au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties des accidents de la vie de la page 10.

COMMENT EST CALCULÉE L'INDEMNITÉ ?

1- En cas d'accident corporel* :

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

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

L'aggravation se définit comme une modification des éléments médicaux qui ont servi de base à l'indemnisation initiale. En cas de demande en aggravation, notre médecin conseil procédera à une expertise visant à déterminer les modifications de l'état de santé en rapport direct et certain avec l'accident* et de nature à modifier les conditions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale. Cette modification ouvre droit à indemnisation.
Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser les plafonds de garantie mentionnés au tableau des plafonds d'indemnisation des garanties des accidents de la vie de la page 10.

2- En cas de décès :

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

PRINCIPE DE NON-CUMUL

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

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

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

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

4 - LA VIE DE VOTRE CONTRAT

DATE À PARTIR DE LAQUELLE VOUS ÊTES ASSURÉ

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

DURÉE DE VOTRE CONTRAT

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

ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DE VOTRE CONTRAT

La résidence principale de l'ensemble des bénéficiaires*, doit se situer en France métropolitaine (Corse incluse).
Les garanties de ce contrat s'exercent sur le territoire national, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, à San Marin, au Vatican, au Lichtenstein et en Norvège pendant la période de validité du contrat.
Les garanties de ce contrat s'exercent dans le reste du monde lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

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

CE QUI PEUT MODIFIER VOTRE CONTRAT

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

Dans ce cas, nous vous informons sur les nouveaux montants et sur la date d'application.
Si vous n'acceptez pas cette revalorisation, vous disposez d'un délai de 30 jours pour nous demander la résiliation* de votre contrat. Celle-ci prendra effet 30 jours après notification par lettre ou tout autre support durable tel que l'email.

CHANGEMENTS CONCERNANT VOTRE DÉCLARATION

Que devez vous nous déclarer ?
En cours de contrat, vous devez nous informer de toutes les modifications concernant les événements ci-dessous qui rendent inexactes les déclarations que vous avez faites à la souscription de votre contrat ou lors du dernier avenant* :
- la composition de la famille assurée,
- la pratique régulière* des sports à risque mentionnés ci-dessus au chapitre « Ce qui peut modifier votre contrat ». Cette pratique régulière* entraînera l'application d'une surprime.

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

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

Nous ne pouvons mettre en avant une aggravation des risques pour résilier votre contrat si vous nous avez informés de cette aggravation et que nous avons consenti au maintien des garanties.
• Si la modification diminue le risque :
Nous vous proposons un avenant* maintenant vos garanties avec une réduction de prime ; si nous refusons de réduire la prime, vous pouvez résilier le contrat. Dans ce cas, la résiliation* prend effet 30 jours après sa notification par lettre ou tout autre support durable tel que l'email.
En cas de résiliation*, nous vous remboursons la prime de la période non courue.
• Si la déclaration est inexacte :
Si la réalité n'est pas conforme aux déclarations figurant sur vos Conditions Particulières*, nous pouvons conformément à la réglementation :
- soit vous opposer la nullité* de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Codes des Assurances),
- soit réduire l'indemnité qui vous est due en cas de sinistre*, puis modifier ou résilier votre contrat avec un préavis de 10 jours (article L. 113-9 du Code des Assurances). Dans ce cas, l'indemnité est réduite proportionnellement au rapport existant entre la prime payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été exacte, sauf cas fortuit ou de force majeure.

VOTRE PRIME

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

CE QUI PEUT INTERROMPRE VOTRE CONTRAT

Vous n'avez pas payé votre prime
À défaut de paiement de votre prime, que son règlement soit global ou fractionné, ledit fractionnement est supprimé.
- Une mise en demeure par lettre recommandée est adressée à votre dernier domicile connu dans les 30 jours qui suivent l'échéance de paiement.
- Sauf paiement dans ce délai, cette mise en demeure suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours supplémentaire.
- Puis au terme de ce délai, la résiliation interviendra 10 jours après.

Si un paiement correspondant au montant faisant l'objet de la mise en demeure intervient entre les mains de l'assureur ou de son mandataire, pendant la période de suspension des garanties et donc avant la résiliation effective, le contrat reprend ses effets le lendemain à midi.
Une fois le contrat résilié, nous nous réservons le droit de procéder au recouvrement des primes dues correspondant à la période assurée.

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

Vous, comme nous pouvons résilier votre contrat à l'échéance annuelle
L'article L. 113-12 du Code des Assurances dispose qu'à l'expiration d'un délai d'un an, le bénéficiaire* peut résilier son contrat à chaque échéance anniversaire*, moyennant un préavis de 2 mois.
L'Assureur* a également cette même faculté.

LA RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE

Conformément à l'article L. 113-15-2 du Code des assurances, vous disposez, à l'expiration du délai d'un an à compter de la première souscription, d'une faculté de résiliation de votre contrat sans frais ni pénalités. La résiliation prend alors effet un mois après que nous en aurons reçu notification par votre nouvel assureur.

LES MODALITÉS DE RÉSILIATION*

Si vous en prenez l'initiative, vous devez nous en informer, soit par voie électronique depuis votre espace Assuré* en ligne, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'Assureur*, soit par l'envoi d'une lettre (le cachet de la Poste faisant foi) ou tout support durable (tel que l'email) dans les délais prévus. Le délai de préavis part de la date d'envoi de la lettre (le cachet de La Poste faisant foi), de la date d'expédition de la notification, ou de la date du récépissé.
Nous vous confirmerons par écrit la réception de la notification.
Pour une résiliation* en dehors de l'échéance annuelle, vous devez joindre à la demande un document justifiant le motif invoqué pour la résiliation*. Si nous en prenons l'initiative, une lettre recommandée vous sera adressée à votre dernier domicile* connu, dans les délais prévus au contrat. Le délai de résiliation* court à compter de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Le remboursement de la prime après résiliation*

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

LE DÉLAI POUR ENGAGER UNE ACTION ET LA PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions prévues par **l'article L.114-1 du Code des assurances**, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont **prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance**. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1• En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
2• En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.
Conformément aux dispositions de **l'article L.114-2 du Code des assurances**, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.
Conformément aux dispositions de **l'article L.114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil**, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription énoncées par les articles 2240 à 2246 du Code civil sont les suivantes :
Article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
Article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
Article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
Article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
Article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
Article 2245 du Code civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
Article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

5 - EN CAS DE SINISTRE

VOS OBLIGATIONS

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez eu connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés.
Au-delà de ces délais, vous perdez tout droit à indemnité si votre retard nous a causé un préjudice, sauf si vous n'avez pas pu les respecter par cas fortuit ou de force majeure.
Comment devez-vous le déclarer ?
Pour nous informer, il suffit dans un premier temps, de contacter notre Centre de Gestion des Sinistres au 09 69 36 45 45 (numéro non surtaxé).

Attention :
Pour faciliter la déclaration par téléphone, munissez-vous des éléments suivants :
- la date, le lieu et les circonstances du sinistre,
- ses causes et ses conséquences,
- l'identité des victimes, le lieu où elles se trouvent et la description de leurs blessures,
- les coordonnées des éventuels témoins.

Quelles informations doivent nous être transmises ?

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, le bénéficiaire* est tenu de déclarer l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant le même risque.

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

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

NOS OBLIGATIONS

Règlement de l'indemnité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA SUBROGATION : TRANSMISSION DE VOS DROITS ET ACTIONS

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

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

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

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

TABLEAU DES PLAFONDS D'INDEMNISATION

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

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

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

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

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

6 - VOUS SOUHAITEZ NOUS CONTACTER

AVEC VOTRE BANQUE OU BPCE ASSURANCES IARD

En cas de désaccord avec l'Assureur*, le Réclamant peut se rapprocher de son conseiller habituel ou du Service Relations Clientèle de la banque. Il analysera avec lui l'origine du problème et mettra tout en œuvre pour lui apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si sa réclamation est formulée à l'oral et qu'il n'obtient pas immédiatement entière satisfaction, il sera invité à la formaliser sur un support écrit.

Un courrier de réclamation peut être adressé à l'adresse suivante : BPCE Assurances IARD - Service réclamations - TSA 20009 - 33700 MERIGNAC.

Le Réclamant recevra un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de sa réclamation écrite, sauf si une réponse lui est apportée dans ce délai.

L'Assureur* lui apportera une réponse écrite dans un délai maximum de deux mois à compter de l'envoi de sa réclamation écrite.

Le Réclamant a également la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance au terme du processus de traitement de sa réclamation et en tout état de cause, deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non. Le Réclamant peut le saisir gratuitement :

- sur le site www.mediation-assurance.org via le formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;
- par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

Le Réclamant dispose d'un délai d'un an à compter de sa réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'Assurance. Dans tous les cas, il conserve la faculté de saisir le tribunal compétent.

Si vous avez souscrit en ligne un produit ou service, vous pouvez également recourir à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) à l'adresse http://ec.europa.eu/consumers/odr/ (coût de connexion selon le fournisseur d'accès).

AVEC L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
CS 92459 - 75436 - Paris Cedex 09.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Loi du contrat

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

Vos droits en cas de renonciation

Vente à distance
Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, soit à compter du jour où vous avez reçu les présentes conditions générales si cette date est postérieure à celle de conclusion du contrat.
Ce droit de renonciation ne s'applique pas aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur ou de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.
Si le contrat a été conclu au moyen d'une interface en ligne, vous disposez d'une fonctionnalité permettant d'exercer gratuitement votre droit de renonciation. Vous pouvez effectuer votre demande de renonciation directement depuis votre espace personnel, rubrique Assurances, puis en choisissant le contrat concerné.

Démarchage à domicile ou sur le lieu de travail
Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

MODÈLE DE RÉDACTION DÉSTINÉ À FACILITER L'EXERCICE DE LA FACULTE DE RENONCIATION

Pour exercer votre droit de renonciation dans l'un des deux cas ci-dessus, vous pouvez envoyer votre demande selon le modèle proposé ci-dessous, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : BPCE Assurances IARD - 7, promenade Germaine Sablon - 75013 PARIS.

Modèle
Je soussigné(e) (nom et prénom) _____né(e) le __/__/__ demeurant _____ déclare renoncer expressément au contrat d'assurance Garantie des Accidents de la Vie n° _____ que j'ai souscrit le __/__/__ auprès de _____ , et demande le remboursement des sommes versées.
Fait à _____ , le __ /__ /__.
Signature.

En cas de renonciation, BPCE Assurances IARD vous remboursera dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la demande de renonciation, les éventuelles sommes versées. Conformément à la législation en vigueur, le droit de renonciation ne s'applique pas en cas de mise en oeuvre du contrat (versement d'une prestation), à la demande expresse de l'Assuré* pendant le délai légal de renonciation.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de la signature et de l'exécution du présent contrat d'assurance, et plus généralement de notre relation, BPCE Assurances IARD recueille et traite des données à caractère personnel vous concernant et concernant les personnes physiques intervenant dans le cadre de cette relation (Souscripteur/adhérent, assuré, bénéficiaire d'une assurance, représentant légal, mandataire social, héritier ou ayant droit...).
Les informations vous expliquant pourquoi et comment ces données sont utilisées, combien de temps elles seront conservées ainsi que les droits dont vous disposez sur vos données figurent dans notre Notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel. Vous pouvez y accéder à tout moment, sur notre site internet https://www.assurances.groupebpce.com/ntx-organization/bpce-assurances ou en obtenir un exemplaire auprès de votre agence.
BPCE Assurances IARD assurera la mise à jour régulière de la notice d'information en cas d'évolution des traitements de vos données personnelles.
Les coordonnées pour exercer vos droits en matière de protection des données, sont mentionnées ci-dessous :

Délégué à la Protection des Données
BPCE Assurances IARD
Direction Conformité
7, promenade Germaine Sablon
CS 11440 - 75709 Paris cedex 13
Ou par mail : assur-nonvie-dpo@bpce.fr

En cas de désaccord persistant concernant le traitement de vos données personnelles, vous pouvez porter réclamation auprès de l'autorité compétente, en France, la CNIL : www.cnil.fr.

SERVICE E-DOCUMENTS

Si vous avez adhéré préalablement au service « e-Documents » auprès de la Banque, tous les documents inscrits dans le cadre du présent contrat et qui vous sont communiqués seront mis à disposition sous format électronique, dans votre espace personnel sécurisé de Banque à distance (sous réserve de leur disponibilité).
Ce service « e-Documents » fait l'objet de conditions générales spécifiques disponibles auprès de la Banque.
Vous avez néanmoins la possibilité de résilier ce service à tout moment et sans frais.

7 - LEXIQUE

- **Accident :** Tout événement soudain et imprévisible, individuel ou collectif, du à une cause extérieure.
- **Bénéficiaire :** Toute personne mentionnée comme tel dans les Conditions Particulières* ou en cas de décès, ses ayants droit.
- **Domicile :** Lieu habituel de résidence principale de l'assuré en France métropolitaine (Corse incluse), dans les Principautés d'Andorre et de Monaco.
- **Dommage corporel :** Dommage portant atteinte à l'intégrité de la personne et entraînant soit des blessures, soit le décès, soit les deux successivement.
- **Animaux de compagnie :** Les animaux de compagnie sont les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire. Les chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense) sont exclus.
- **Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique :** Incapacité à effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne et pouvant nécessiter la présence d'une tierce personne* pour aider à accomplir les dits actes.
- **Activités extra-scolaires :** Les activités extra-scolaires regroupent les activités éducatives, culturelles, sportives ou de loisirs autres que scolaires exercées dans le cadre de la vie privée au sein de clubs, d'associations ou même d'établissements péri scolaires (centres aérés...).
- **Assureur :** BPCE Assurances IARD 7, promenade Germaine Sablon - 75013 Paris. L'Assureur est généralement désigné par le terme « nous » excepté dans la partie « 2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* » des présentes Conditions Générales*.
- **Assistance :** Les prestations de la convention d'assistance souscrite par BPCE ASSURANCES IARD sont mises en oeuvre par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632. L'Assisteur est généralement désigné par le terme « nous » dans la partie « 2 - LES GARANTIES D'ASSISTANCE* » des présentes Conditions Générales*.
- **Assistance par tierce personne :** Aide humaine destinée à compenser la perte d'autonomie résultant d'une réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel subie par la victime et l'empêchant d'effectuer seule certains actes de la vie courante.
- **Avenant :** Document établi pour constater qu'une modification est apportée au contrat (changement d'adresse, agrandissement de la famille etc.).
- **Conditions Générales :** Document contractuel qui forme, avec les Conditions Particulières* votre contrat d'assurance. Elles définissent l'étendue des garanties proposées (événements garantis, conditions, exclusions) et nos engagements réciproques (conditions d'indemnisation, durée de vie du contrat, règlement des primes, résiliation*...).
- **Conditions Particulières :** Document contractuel qui forme, avec les Conditions Générales*, votre contrat d'assurance. C'est le document que vous avez signé lors de la souscription du contrat ou en cas d'avenant* et qui précise les bénéficiaires*, leurs garanties et leur seuil de déclenchement.
- **Conjoint :** Époux ou épouse, concubin ou concubine, ou la personne liée au bénéficiaire* par un pacte civil de solidarité.
- **Consolidation :** Moment où les lésions ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement

n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice.

- **Échéance anniversaire :** Date anniversaire à laquelle votre contrat est reconduit.
- **Enfant fiscalement à charge :** Enfant mentionné sur la déclaration d'impôt sur le revenu du bénéficiaire*.
- **Enfant économiquement à charge :** Sont considérés comme tels, les enfants n'habitant pas au foyer du bénéficiaire* ou de son conjoint*/ concubin mais percevant une pension alimentaire de la part de ceux-ci, les étudiants non assujettis à l'impôt sur le revenu, les enfants habitant au foyer du bénéficiaire* ou de son conjoint*/concubin et dont l'ensemble des revenus (salaires, allocations diverses...) sur les 12 mois précédant l'accident n'excède pas le SMIC mensuel.
- **Hospitalisation :** Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident, incluant au moins une nuit.
- **Hospitalisation dans un service de chirurgie :** Séjour dans un hôpital public ou privé ou clinique assurant des actes chirurgicaux et dans lequel le bénéficiaire* a subi un acte chirurgical.
- **Hospitalisation imprévue :** Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.
- **Immobilisation imprévue :** Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident* constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile* prescrit par un médecin.
  IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile* avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance*.
- **Incapacité permanente :** Incapacité à effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne et nécessitant la présence d'une tierce personne pour aider à accomplir les dits actes.
- **Nullité :** Annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé.
- **Organismes sociaux et de prévoyance :** Organismes qui interviennent dans le versement de prestations à titre indemnitaire (organismes sociaux obligatoires ou complémentaires comme la Sécurité Sociale, les régimes sociaux des fonctionnaires, les complémentaires santé,... mais aussi les employeurs) consécutives à l'accident*en cause. Leurs prestations viennent en déduction des indemnités que nous vous devons.
- **Pratique régulière (pour les sports à risque) :** Il y a pratique régulière* lorsque le bénéficiaire* est adhérent à un club ou licencié à une fédération pour la pratique d'un ou de plusieurs sports.
- **Préjudice esthétique permanent :** L'ensemble des disgrâces physiques imputables à l'accident* et persistant après consolidation*. Il est qualifié médicalement selon une échelle de 0 à 7.
- **Préjudice d'agrément :** Impossibilité définitive d'exercer une activité spécifique de loisir, exercée auparavant de manière régulière et soutenue.
- **Résiliation :** Acte qui entraîne la cessation des effets du contrat.
- **Souffrances endurées :** Souffrances physiques, psychiques ou morales supportées par vous depuis l'accident* jusqu'à sa consolidation*. Elles sont qualifiées médicalement selon une échelle de 0 à 7.

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

09 69 36 45 45 Service gratuit + prix appel

Accessibilité pour les personnes malentendantes et sourdes via le site de votre Caisse d'Epargne ou Banque associée.Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS au 06 85 11 93 55 (coût selon opérateur).

CAISSE D'EPARGNE

BPCE ASSURANCES IARD - 11/2026 - Réf. BPCEA : CG CE G208 - EdEp.2607D01404/1149/CE

BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61.996.212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon - 75013 Paris.
Identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QNHQ (BPCE - SIRET 493 455 042)