

Prévoyance

Akoussur **Garantie des accidents de la vie**

Dispositions Générales

Avec vous de A à Z

Allianz 



CAISSE D'ÉPARGNE
CEPAC

Votre contrat est composé :

- 1 Des présentes **Dispositions Générales** qui regroupent l'ensemble des règles communes à tous les contrats ; elles définissent la nature et l'étendue de vos garanties et de vos prestations d'assistance.
Elles incluent également un lexique « Quelques définitions » regroupant la définition d'un certain nombre de termes indispensables à la bonne compréhension du contrat.
- 2 Des **Dispositions Particulières** qui adaptent le contrat à votre situation personnelle.

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

1. Principales Définitions	4
2. Vos garanties	7
2.1 Quels sont les dommages corporels couverts ?	7
2.2 Quels sont les accidents garantis ?	7
2.3 Quels sont les préjudices garantis ?	8
2.4 Les autres prestations garanties	8
2.5 Quels sont les plafonds de garanties ?	9
3. L'exercice de votre recours	10
4. Vos prestations d'assistance	12
4.1 Au moment de l'accident	13
4.2 Après l'accident, si vous êtes immobilisé à votre domicile : assistance aux personnes immobilisées	15
4.3 Après l'accident, pour faciliter votre vie quotidienne	16
4.4 En cas de décès	17
4.5 L'examen de vos réclamations	17
4.6 Informatique et Libertés	17
5. La vie de votre contrat	18
5.1 Début et fin du contrat	18
5.2 Vos déclarations	19
5.3 Votre cotisation	20
5.4 La prescription	21
6. Que se passe-t-il en cas de sinistre ?	23
6.1 Que devez-vous faire en cas de sinistre ?	23
6.2 Comment sont réglés les sinistres ?	23
6.3 Le paiement des prestations	24
6.4 En cas d'aggravation	24
6.5 Quels sont nos droits une fois que nous vous avons indemnisé ?	24
7. L'étendue de vos garanties	25
7.1 Où s'exercent vos garanties ?	25
7.2 La période de validité de vos garanties	25
8. À noter également	26

1. Principales Définitions

Pour l'application du contrat, nous entendons par :

Accident ou événement accidentel

Tout événement soudain, imprévu et dû à une cause extérieure à la victime.

Assuré (ou personne assurée)

Selon mention faite aux Dispositions Particulières, ont la qualité d'assuré :

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

Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique*

Réduction définitive du potentiel physique, psychologique, sensoriel ou intellectuel résultant d'une incapacité constitutive d'un déficit fonctionnel permanent, appréciée à la date de consolidation de votre état de santé.

Elle est établie par un médecin expert désigné par nous qui pour la détermination de son taux, devra se référer au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en Droit Commun du Concours Médical (dernière édition en cours au jour de l'accident).

Ne sont prises en considération que les séquelles en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti.

De ce fait, les séquelles préexistantes à l'accident garanti ne sont pas prises en compte.

Assistance permanente par tierce personne*

Frais liés à l'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique de l'assuré victime se trouvant en raison de la perte de son autonomie dans le besoin d'être assisté de manière définitive après la consolidation de ses séquelles, par une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante.

Consolidation

Date où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible de déterminer un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique.

Déficit Fonctionnel Permanent*

Préjudice résultant de la réduction définitive du potentiel physique, psychologique, sensoriel ou intellectuel, évalué médicalement par un taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique.

Déficit Fonctionnel Temporaire*

Préjudice résultant de la réduction temporaire du potentiel physique, psychologique, sensoriel ou intellectuel jusqu'à la consolidation de l'état de santé de l'assuré victime.

Il correspond notamment aux périodes d'hospitalisation mais également à l'impossibilité d'accomplir les actes de la vie courante.

* Important : les préjudices corporels garantis étant appréciés conformément aux règles de Droit commun, leur définition est donnée sous réserve des évolutions jurisprudentielles susceptibles d'intervenir en matière de réparation du préjudice corporel.

Dépens

Honoraires de l'expert judiciaire, rémunération de l'huissier pour assigner, signifier et faire exécuter une décision de justice, émoluments du postulant, droits de timbres et frais de greffe. Plus généralement, les frais de justice engendrés par le procès, distincts des frais et honoraires de l'avocat.

Frais de logement et de véhicule adaptés*

Frais liés à l'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique de l'assuré victime dont l'état nécessite, après la consolidation de ses séquelles, une adaptation de son domicile et/ou de son véhicule.

Frais divers des proches*

Frais engagés par les proches à l'occasion du décès de l'assuré victime, principalement les frais de transport, d'hébergement et de restauration.

Frais d'obsèques*

Frais d'obsèques et de sépulture assumés par les proches de l'assuré victime à la suite de son décès, survenu à la suite d'un événement garanti par le contrat.

Indemnisation en Droit commun

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

Livre IV du Code de la santé publique

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

Nous

Allianz IARD, sauf pour les prestations d'Assistance.

Pertes de gains professionnels actuels*

Pertes de revenus subies par l'assuré victime durant la période où le déficit fonctionnel temporaire est médicalement constaté.

Pertes de gains professionnels futurs*

Perte ou diminution des revenus professionnels futurs de l'assuré victime, après consolidation de son état de santé, et consécutive à l'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique.

N'est pas indemnisée à ce titre l'incidence professionnelle dont notamment les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste.

Pertes de revenus des proches

Il s'agit en cas de décès d'une personne assurée, de la perte financière subie par ses proches.

Préjudice d'agrément*

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

Préjudice esthétique permanent*

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

* Important : les préjudices corporels garantis étant appréciés conformément aux règles de Droit commun, leur définition est donnée sous réserve des évolutions jurisprudentielles susceptibles d'intervenir en matière de réparation du préjudice corporel.

Préjudice d'affection*

Préjudice d'ordre affectif subi par les proches du fait du décès d'une personne assurée.

Prescription

Extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un laps de temps.

Proches

Personnes physiques justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès d'une personne assurée, survenu à la suite d'un événement garanti par le contrat.

N'ont pas la qualité de proches les personnes ayant causé volontairement le décès de l'assuré.

Souffrances endurées*

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

Sports dangereux

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

Tiers

Toute personne autre que les personnes assurées, ou les proches en cas de décès.

Vie privée

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

Vous

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

2. Vos garanties

2.1 Quels sont les dommages corporels couverts ?

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

- soit une Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique égale ou supérieure au taux de la formule que vous avez choisie et qui est indiquée dans vos Dispositions Particulières, c'est-à-dire :
 - 25 % si vous avez choisi la formule 1,
 - 5 % si vous avez choisi la formule 2,
- soit, en l'absence de toute Atteinte Permanente à l'Intégrité physique et psychique, un préjudice esthétique permanent présentant une qualification médicalement constatée de 4 et plus sur une échelle de 0 à 7, si vous avez choisi la formule 2,
- soit son décès,

dès lors que ces dommages résultent directement d'un événement accidentel ou d'un accident médical survenu dans le cadre de la vie privée, tel que défini ci-après.

2.2 Quels sont les accidents garantis ?

Les événements accidentels de la vie privée

Il s'agit notamment des accidents corporels :

- survenus lors d'activités domestiques, scolaires ou de loisirs,
- dus à des attentats ou à des infractions relevant des articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale,
- résultant de catastrophes naturelles, technologiques ou industrielles.

Entrent dans le champ de la garantie, les accidents d'effort (lumbago, déchirure musculaire, entorse, rupture ligamentaire, fracture de fatigue).

Nous garantissons également les dommages corporels :

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

Dans tous les cas, le dommage ne doit pas avoir pour origine une pathologie ou une prédisposition de la victime.

Les accidents médicaux

Nous garantissons 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 au livre IV du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

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

Toutefois, nous ne garantissons jamais :

- 1 Les dommages causés par des maladies, y compris les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales, n'ayant pas pour origine un accident garanti.**
- 2 Les dommages résultant d'un accident de la circulation, quel que soit le lieu de survenance, dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorque, caravane ou tout autre appareil** (à l'exception des cas prévus ci-dessus).
Cependant cette exclusion ne concerne pas les dommages causés aux passagers des véhicules ferroviaires et des tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.
- 3 Les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement.**
- 4 Les dommages résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, à une rixe,** sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.

- 5 Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère.
- 6 Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.
- 7 Les dommages résultant des expérimentations biomédicales.
- 8 Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques, électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le code de la sécurité sociale, CAFAT ou CPS.

2.3 Quels sont les préjudices garantis ?

Pour les accidents entraînant une Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique*

En cas de dommages corporels couverts selon les articles 2.1 et 2.2 ci-dessus, nous prenons en charge les préjudices subis par l'assuré victime suivants :

- les pertes de gains professionnels actuels et futurs,
- le déficit fonctionnel temporaire et permanent,
- l'assistance permanente par tierce personne,
- les frais de logement et de véhicule adaptés,
- les souffrances endurées,
- le préjudice esthétique permanent,
- le préjudice d'agrément.

Pour les accidents entraînant le décès

En cas de décès couvert selon les articles 2.1 et 2.2 ci-dessus, nous prenons en charge les préjudices suivants :

- les frais d'obsèques,
- les pertes de revenus des proches,
- les frais divers des proches,
- le préjudice d'affection des proches.

Important

- **Le taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique est déterminé par un médecin expert désigné par nous, sur la base du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en Droit Commun du Concours Médical (dernière édition en cours au jour de l'accident).**
- **En cas d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique suivie de décès lié au même événement, les indemnités dues au titre du décès sont versées, déduction faite des sommes déjà réglées au titre de l'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique, dans la limite du plafond de garantie fixé à l'article 2.5.**

Si les indemnités réglées au titre de l'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises à l'assuré.

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

2.4 Les autres prestations garanties

- En cas de dommages corporels couverts entraînant la mise en jeu de notre garantie, nous prenons en charge l'exercice de votre recours contre les tiers responsables dans les conditions prévues au titre du chapitre 3 « L'exercice de votre Recours ».
- Vous bénéficiez également des prestations d'assistance telles que définies au chapitre 4 « Vos prestations d'assistance ».

* ou indépendamment de toute Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique, un préjudice esthétique permanent présentant une qualification médicalement constatée de 4 et plus sur une échelle de 0 à 7, si vous avez choisi la formule 2.

2.5 Quels sont les plafonds de garanties ?

L'indemnisation des dommages corporels couverts est faite selon les règles du droit commun, dans la limite du plafond de garantie de 1 000 000 € ou 119 332 000 XPF par victime assurée dont :

- 20 000 € ou 2 387 000 XPF maximum au titre des pertes de gains professionnels actuels,
- 20 000 € ou 2 387 000 XPF maximum au titre du déficit fonctionnel temporaire.

Elle intervient toujours déduction faite des prestations versées par les organismes sociaux ou les tiers payeurs désignés aux articles 29 à 33 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985.

Par ailleurs, celle-ci ne se cumule pas avec des prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou les proches notamment d'un tiers responsable et/ou de son assureur, d'un organisme visé par les articles 29 à 33 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985.

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

3. L'exercice de votre recours

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

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

Ce recours ne peut intervenir qu'en cas de dommages corporels couverts et entraînant la mise en jeu de notre garantie telle que prévue au Chapitre 2.

Toutefois, nous ne prenons pas en charge :

- 1 Les frais engagés sans notre accord préalable, sauf mesure conservatoire urgente.
- 2 Les honoraires de résultat ainsi que les sommes de toutes natures que vous devriez en définitive payer ou rembourser à la partie adverse, y compris les dépens et frais que le tribunal estimera équitable de mettre à votre charge.

Conditions d'application de votre garantie « Recours »

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

Service Défense Pénale et Recours

Case Courrier B406
87, rue de Richelieu
75113 Paris Cedex 02

ou tout autre organisme qui lui serait substitué et qui vous aura été signalé par tout moyen.

Votre Interlocuteur Allianz habituel est également à votre disposition pour vous apporter toute assistance dans le cadre de cette garantie.

Si l'assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, vous avez la liberté de le choisir (y compris en cas de conflit d'intérêt) ; si vous le souhaitez, sur demande écrite de votre part, nous pouvons vous mettre en relation avec un avocat que nous connaissons.

Vous disposez de la direction du procès, conseillé par l'avocat qui vous assiste et vous représente.

Nous contribuons aux frais et honoraires de votre avocat à concurrence de **8 000 € TTC** ou **954 700 XPF** par litige et dans les limites suivantes :

• Protocole de transaction, arbitrage, médiation pénale et civile	500 €	59 700 XPF
• Assistance, mesure d'instruction ou expertise	380 €	45 300 XPF
• Référé et juge de l'exécution	500 €	59 700 XPF
• Juge de proximité	700 €	83 500 XPF
• Tribunal de police	700 €	83 500 XPF
• Tribunal correctionnel	800 €	95 500 XPF
• Tribunal d'instance	800 €	95 500 XPF
• Commissions d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI)	800 €	95 500 XPF
• Tribunal de grande instance, tribunal administratif, des affaires de Sécurité sociale CAFAT ou CPS	1 200 €	143 200 XPF
• Cour d'appel	1 200 €	143 200 XPF
• Cour d'assises	2 000 €	238 700 XPF
• Cour de cassation, Conseil d'État, Juridictions européennes	2 000 €	238 700 XPF

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

En vertu des dispositions de l'article L. 127-4 du Code des assurances, en cas de désaccord entre vous et nous sur le règlement d'un litige, le différend pourra être soumis à nos frais à une tierce personne désignée en commun accord ou à défaut par le Président du tribunal de grande instance, statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge.

Toutefois le Président du tribunal de grande instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement si vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si vous engagez à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par la tierce personne ou nous-mêmes, nous vous indemniserons des frais exposés pour l'exercice de cette action, **dans la limite des montants indiqués dans le tableau ci-dessus**.

4. Vos prestations d'assistance

Garantie non applicable à :

- **Saint Pierre et Miquelon**
- **Wallis et Futuna**

Pour l'application des présentes prestations, nous entendons par :

Domicile : le lieu de votre habitation dans les départements, territoires, pays et collectivités d'outre mer.

Nous : Mondial Assistance La Réunion.

Proches : personnes de la famille ou de l'entourage du bénéficiaire.

Vous : les bénéficiaires des prestations d'assistance, c'est à dire toutes les personnes qui ont la qualité d'assuré au titre de ce contrat.

Les prestations d'assistance sont déléguées à notre partenaire **Mondial Assistance Réunion**

Société Anonyme au capital de 329 008 €

403 195 712 RCS Saint-Denis

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 11, rue Roland Garros – 97475 Saint-Denis Cedex.

Autorité de contrôle :

Mondial Assistance Réunion est soumise au contrôle de l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution**, 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Conditions d'application de vos prestations d'assistance

- **Pour bénéficier des prestations, il est impératif de nous contacter préalablement au n° de téléphone suivant :**

Guadeloupe, Réunion, Martinique, Guyane, Saint Barthélémy, Mayotte, Saint Martin : **0 800 851 515**

Polynésie française : **(00 689) 54 91 11**

Nouvelle Calédonie : **(00 687) 23 27 12**

Tous les frais engagés sans accord préalable ne pourront être pris en charge.

- Les prestations d'assistance définies ci-après sont acquises aux bénéficiaires qui ont été victimes de dommages corporels couverts (tels que définis au § 2.1) et ce quelle que soit la formule souscrite.

Vous en bénéficiez en cas de survenance d'un accident garanti et ce même si le taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique prévu par la formule que vous avez choisie et qui est indiquée aux Dispositions Particulières n'est pas atteint par la suite.

- Elles sont accessibles pendant toute la validité du contrat, c'est-à-dire entre le jour de sa prise d'effet et sa résiliation, dans les Départements, territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer et dans le monde entier en cas d'accident pendant un voyage.
- Dans le cas où une prestation d'assistance ne pourrait être mise en place par Mondial Assistance Réunion, et qu'il vous est possible d'organiser localement la prestation requise, les frais engagés vous seront remboursés sur présentation des factures originales.

Le montant de ces prestations devra être conforme localement aux pratiques en vigueur dans le domaine d'activité concernée.

Dans le cas contraire, Mondial Assistance Réunion se réserve le droit de procéder au remboursement partiel des factures présentées.

Quelles sont les prestations d'assistance assurées ?

4.1 Au moment de l'accident

Soutien pratique

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, sauf jours fériés, nous vous communiquons des renseignements utiles tels que :

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

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

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

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

Accompagnement psychologique

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

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

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

En dehors de cette indication, le médecin traitant conviendra avec vous du mode d'intervention adapté.

Nous prenons en charge le **coût des consultations en cabinet à hauteur de 12 heures maximum.**

En cas d'hospitalisation

Pendant votre hospitalisation attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si aucun proche n'est disponible sur place et si l'hospitalisation doit durer au moins 5 jours, nous organisons et prenons en charge :

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

Chacune des prestations de l'aide ménagère doit durer au **minimum 3 heures** (y compris le temps de parcours jusqu'à votre domicile), **et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés.** La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas...) à votre domicile.

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

- **la présence d'un proche au domicile :** voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne que vous avez désignée, résidant dans les Départements, Territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer, pour **s'occuper de vos enfants de moins de 15 ans.**

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

- **le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche :** voyage aller et retour pour se rendre chez un proche que vous avez désigné, résidant dans les Départements, Territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer, avec si nécessaire, accompagnement d'une proche que vous avez désigné ou par un de nos correspondants.

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

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

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

Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. À l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, nous pourrions organiser (**sans prise en charge**) soit la « Présence d'un proche au domicile », soit le « Transfert des enfants chez un proche ».

- **la garde des animaux de compagnie** (chiens, chats **à l'exclusion de tous autres animaux**) : soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, **pendant 10 jours consécutifs maximum**, soit chez un proche que vous avez désigné, résidant dans les Départements, territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

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

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

En cas d'accident en voyage

- Si votre état nécessite des soins médicaux ou des examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, nous organisons et prenons en charge, après avis du médecin :

- **votre transport sanitaire ou votre rapatriement** vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays soit dans les Départements, territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que votre état le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'à votre domicile.
- **le transport d'une personne vous accompagnant** lors de votre transport sanitaire, si votre état le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

- Si vous êtes **hospitalisé ou immobilisé sur place pour plus de 10 jours** parce que votre état ne justifie pas un rapatriement ou un transport sanitaire immédiat, mais vous empêche d'entreprendre le retour à la date initialement prévue, nous organisons et prenons en charge, après avis de son médecin :

- **le séjour à l'hôtel d'une personne restée à votre chevet dans la limite de 65 € TTC ou 7 800 XPF TTC par nuit avec un maximum de 650 € TTC ou 77 600 XPF TTC**. Le retour de cette personne est ensuite organisé et pris en charge si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

- **la présence d'un proche à votre au chevet** : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne que vous avez désignée, résidant dans les Départements, Territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer, si aucun des passagers sur place ne peut rester.

Sous réserve que l'acheminement de cette personne ait été organisé préalablement dans les conditions définies ci-dessus, nous prenons également en charge **son séjour à l'hôtel dans la limite de 65 € TTC ou 7 800 XPF TTC par nuit avec un maximum de 650 € TTC ou 77 600 XPF TTC**.

- **la prolongation de votre séjour à l'hôtel et de la personne restant à votre chevet dans la limite de 65 € TTC ou 7 800 XPF TTC par nuit et par personne avec un maximum de 650 € TTC ou 77 600 XPF TTC par personne**.

Si vous ne pouvez pas rentrer par les moyens initialement prévus, nous organisons et prenons en charge, dès que votre état le permet, **votre retour à votre domicile** ainsi que celui de la personne restée à votre chevet, par les moyens les plus appropriés.

- **le rapatriement et le transport du corps** depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation dans les Départements, territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer.

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

En cas d'inhumation provisoire, nous organisons et prenons en charge les frais de transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation définitive dans les Départements, territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer, après expiration des délais légaux d'exhumation.

- Au-delà de ces prestations, nous intervenons également dans l'organisation et la prise en charge :
 - **du retour au domicile des autres personnes** si votre absence les empêche de rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus,
 - **du retour au domicile des enfants de moins de 15 ans** avec accompagnement si nécessaire, si personne n'est en mesure de s'occuper d'eux,

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

Les frais de cage ne sont pas pris en charge.

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

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

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

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

Lorsque vous êtes **accidenté à l'étranger** et que vous avez engagé des frais médicaux ou que vous n'êtes pas en mesure de régler sur place les sommes qui vous sont réclamées pour les soins reçus, nous proposons la **prise en charge complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation dans la limite de 10 000 € TTC ou 1 193 000 XPF TTC**, en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, CAFAT, CPS ou tout autre régime de prévoyance avec déduction **d'une franchise (somme restant toujours à votre charge) de 25 € ou 3 000 XPF**.

Les **soins dentaires** sont remboursés dans la limite de **150 € TTC ou 17 900 XPF TTC**.

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

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire :

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

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

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

Conditions applicables à l'assistance aux personnes immobilisées

- Les prestations énoncées ci-après ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.
- Nous nous réservons le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir l'accident garanti et la demande de votre médecin traitant.

Garde malade à domicile

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

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

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

Téléassistance ponctuelle

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

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

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

Conditions applicables à la mise en place du dispositif Téléassistance

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

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

4.3 Après l'accident, pour faciliter votre vie quotidienne

En cas d'aménagement de l'habitat

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

Le coût des travaux et des aménagements spéciaux est réglé par vous ; toutefois si vous le souhaitez, les travaux qui seront ainsi réalisés pourront s'inscrire dans le cadre du montant de l'indemnité qui vous sera due au titre des « Frais de logement adapté » et être payés directement aux entreprises intervenantes.

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

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

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

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

Livraison et mise à disposition de matériel médical

Nous organisons la livraison et l'installation de matériel médical à votre domicile.

La demande, formulée par appel, doit être confirmée par courrier ou télécopie.

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

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

Recherche d'une maison d'accueil

Si vous ne pouvez pas être maintenu à votre domicile, nous vous aidons à organiser votre hébergement en maison d'accueil et organisons la visite de **trois établissements au maximum** que vous ou votre entourage avez choisi et prenons en charge les **frais de transport à raison de 100 € TTC ou 11 900 XPF maximum par visite.**

Toutefois, nous ne pouvons garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation de votre dossier par un établissement.

Aide au déménagement

Pour faciliter votre entrée en maison d'accueil (ou dans un nouveau domicile plus adapté à sa situation), sur simple appel téléphonique, nous vous assistons ainsi que votre famille pour :

- **les démarches administratives** : toutes les informations utiles sur les démarches à effectuer en cas de déménagement ainsi que, si besoin, des lettres types pour informer les services et organismes tels que Centre des Eaux, Centre des impôts, Poste, EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, Banque, Sécurité sociale, CAFAT, CPS.
- **le déménagement** : coordonnées d'une entreprise de déménagement de notre réseau spécialisé ou d'une agence de location de véhicules utilitaires.

Les frais de déménagement ou de location de véhicules restent à votre charge.

- **le nettoyage de l'ancien logement** : coordonnées d'une entreprise de nettoyage, pour remettre en état votre ancien logement avant l'établissement de l'état des lieux.

Les frais de déplacement et d'intervention de la société de nettoyage restent à votre charge.

4.4 En cas de décès

Organisation des obsèques

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

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

Cependant leur prise en charge est prévue au titre des préjudices garantis tels que définis à l'article 2.3.

4.5 L'examen de vos réclamations

Lorsqu'en qualité de bénéficiaire, vous êtes mécontent du traitement de votre demande, votre première démarche doit être d'en informer votre interlocuteur habituel pour que la nature de votre insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, l'adresse à retenir pour adresser une réclamation est la suivante :

Mondial Assistance Réunion
Pôle Gestion des assurés
Service Assistance
11, rue Roland Garros
CS31068 – 97404 Saint-Denis Cedex
assistance@allianz-assistance.re

Un accusé de réception vous parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanche et jours fériés) à compter de la réception de votre réclamation, sauf si la réponse à cette dernière vous est transmise dans ces délais.

Une réponse vous sera fournie au plus tard dans les deux mois suivants la date de réception de votre réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont nous vous tiendrions informé.

4.6 Informatique et Libertés

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, en votre qualité de bénéficiaire vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information vous concernant, qui figurerait dans les fichiers, en vous adressant à :

Mondial Assistance Réunion
Direction Informatique
11, rue Roland Garros
CS31068 – 97404 Saint-Denis Cedex

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.

5. La vie de votre contrat

5.1 Début et fin du contrat

Quand commence le contrat ?

La date d'effet de votre contrat est celle indiquée aux Dispositions Particulières.

Tout document qui modifie votre contrat (avenant) comporte la date à laquelle cette modification prend effet.

Quelle est la durée du contrat ?

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an sauf indication contraire figurant dans vos Dispositions Particulières.

Il se renouvelle automatiquement d'année en année tant qu'il n'y est pas mis fin par vous ou par nous dans les conditions et selon les modalités fixées ci-dessous.

Quand et comment votre contrat peut-il être résilié ?

Il peut être mis fin à votre contrat dans les cas indiqués aux paragraphes 5.1.1 à 5.1.4 ci-après :

- **par vous**, par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé auprès de notre Représentant ou de notre Société
- **par nous**, de manière motivée, par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

Lorsque la résiliation est faite par lettre recommandée, le délai de préavis est compté à partir de la date d'envoi (le cachet de la Poste faisant foi).

Lorsque la résiliation intervient entre deux échéances principales, nous vous remboursons la part de cotisation payée correspondant à la période pendant laquelle vous n'êtes plus garanti **sauf en cas de résiliation pour non-paiement de votre cotisation.**

5.1.1 Par vous ou par nous

- Chaque année à la date d'échéance principale, avec préavis de 2 mois au moins,
- en cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité (Article L. 113-16 du Code des assurances) : la résiliation doit alors être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.
Vous pouvez résilier votre contrat dans les 3 mois qui suivent l'un de ces événements, en indiquant sa date, sa nature et en produisant des justificatifs.
Dès que nous avons connaissance de l'un de ces événements, nous pouvons aussi mettre fin au contrat dans les 3 mois.
Dans l'un ou l'autre cas, la résiliation prend effet 1 mois après sa notification.

5.1.2 Par vous

- En cas de diminution du risque, si nous refusons de réduire votre cotisation (Article L. 113-4 du Code des assurances),
- en cas d'augmentation de votre cotisation,
- en cas de résiliation par nous d'un de vos contrats, après sinistre (Article R. 113-10 du Code des assurances).
Vous pouvez alors, dans le délai d'1 mois suivant la notification de cette résiliation, mettre fin au présent contrat. Cette résiliation prendra effet 1 mois après sa notification,
- sous réserve que votre contrat couvre des personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, vous pouvez le résilier sans frais ni pénalités à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription.

(Non applicable en Nouvelle Calédonie et Polynésie Française).

La résiliation prend effet un (1) mois après que nous en ayons reçu notification sous forme de lettre recommandée qui doit être adressée par votre nouvel assureur chargé d'effectuer pour votre compte cette formalité.

Il lui appartient de s'assurer ainsi de la permanence de votre couverture d'assurance (Articles L 113-15-2 et R 113-12 du Code des assurances).

Ce motif de résiliation est susceptible de pouvoir s'appliquer aussi dans les cas suivants, lorsque sont remplies les conditions de résiliation prévues à l'article L. 113-15-2 précité :

- Lorsque vous dénoncez la reconduction tacite du contrat en application de l'article L.113-15-1 postérieurement à la date limite d'exercice du droit de dénonciation du contrat ;
- Lorsque vous demandez la résiliation du contrat en vous fondant sur un motif prévu par le Code des assurances dont nous constatons qu'il n'est pas applicable ;
- Lorsque vous ne précisez pas le fondement de votre demande de résiliation.

Nous vous inviterions alors à vous rapprocher de votre nouvel assureur à qui il appartient d'effectuer pour votre compte cette formalité nécessaire à l'exercice de cette demande de résiliation auprès de nous, celle-ci prenant alors effet un (1) mois après que nous en ayons reçu notification sous forme de lettre recommandée. Il s'assurera ainsi de la permanence de votre couverture d'assurance.

5.1.3 Par nous

- En cas de non-paiement de votre cotisation (Article L. 113-3 du Code des assurances),
- en cas d'aggravation du risque (Article L. 113-4 du Code des assurances),
- après un sinistre, la résiliation prenant effet 1 mois après sa notification. Vous avez alors le droit de résilier vos autres contrats souscrits chez nous dans le délai d'1 mois suivant cette notification (Article R. 113-10 du Code des assurances),
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle du risque constatée avant tout sinistre (L. 113-9 du Code des assurances).

5.1.4 De plein droit

- En cas de retrait total de notre agrément, la résiliation prenant effet le 40^e jour, à midi, qui suit sa publication au Journal Officiel (Article L. 326-12 du Code des assurances),
- en cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire, la résiliation intervenant dans un délai de 30 jours après l'envoi de la mise en demeure à l'administrateur judiciaire, si ce dernier n'a pas pris position sur la continuation du contrat (Articles L 622-13, L 631-14 et L 641-11-1 du Code du commerce).

5.2 Vos déclarations

Votre contrat a été établi à partir des réponses aux questions qui vous ont été posées lors de la souscription.

Ces réponses, qui doivent être exactes, nous ont alors permis d'apprécier les risques pris en charge et de fixer votre cotisation ; elles sont reproduites aux Dispositions Particulières.

À la souscription du contrat

Vos réponses constituent la base du contrat et sont reproduites dans les Dispositions Particulières.

À l'appui de vos réponses, vous devez nous fournir tous documents justificatifs demandés.

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer par lettre recommandée adressée à notre Siège ou à notre représentant les circonstances nouvelles qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses qui nous ont été faites. Cette déclaration doit être faite dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

Si la modification, constatée ou déclarée avant tout sinistre, constitue **une aggravation du risque**, nous pouvons :

- soit **résilier le contrat** par lettre recommandée avec un préavis de 10 jours,
- soit **proposer une majoration de la cotisation**. Si dans les 30 jours à compter de la proposition, la majoration est refusée ou en l'absence de réponse, nous pouvons **résilier le contrat** avec un préavis de 10 jours.

La cotisation due pour la période de garantie entre votre déclaration d'aggravation et la date d'effet de la résiliation est calculée sur la base du nouveau tarif.

Si la modification constitue **une diminution du risque** et que nous refusons de réduire le montant de la cotisation, le contrat peut être résilié par lettre recommandée. La résiliation prendra effet 30 jours après l'envoi de la lettre.

Quelles sont les conséquences de déclarations non conformes à la réalité ?

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- **la nullité de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (Article L. 113-8 du Code des assurances),**
- **si la fausse déclaration intentionnelle, constatée avant tout sinistre, n'est pas établie, augmentation de la cotisation ou résiliation du contrat (Article L. 113-9 du Code des assurances),**
- **si la fausse déclaration intentionnelle, constatée après sinistre, n'est pas établie, la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité (Article L. 113-9 du Code des assurances).**

La déclaration de vos autres assurances

Si les risques que nous garantissons par votre contrat sont (ou viennent à être) assurés en tout ou partie auprès d'un autre Assureur, vous devez nous en informer immédiatement et nous indiquer les sommes assurées.

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

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, nous pouvons demander la nullité du contrat et vous réclamer des dommages et intérêts.

5.3 Votre cotisation

5.3.1 Comment est-elle déterminée ?

Votre cotisation a été fixée en fonction :

- de la déclaration que vous avez faite lors de la souscription de votre contrat (pratique ou non d'un sport dangereux par une ou plusieurs personnes assurées). Cette déclaration a été mentionnée dans vos Dispositions Particulières.
- de la formule que vous avez choisie et qui est indiquée dans vos Dispositions Particulières.
- des personnes assurées et mentionnées comme telles dans vos Dispositions Particulières.

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

5.3.2 Quand et comment payer votre cotisation ?

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

5.3.3 Quelles sanctions encourez-vous si vous ne payez pas la cotisation ?

Si vous ne payez pas la cotisation ou une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Sous réserve de dispositions plus favorables, la loi nous autorise également à suspendre les garanties de votre contrat 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure à votre dernier domicile connu (ou trente jours après sa remise si vous êtes domicilié hors des Départements, Territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer), voire à résilier votre contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L.113-3 du Code des assurances).

Lorsqu'il y a suspension des garanties pour non paiement, la cotisation ou la ou les fractions de cotisation non réglées nous restent dues, y compris celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement, en dépit de l'absence de garanties.

Lorsque pendant la période de suspension, vous procédez au paiement complet de la cotisation due et des frais de poursuites et de recouvrement éventuels, les garanties vous sont de nouveau acquises le lendemain midi de ce paiement.

En cas de résiliation, vous restez redevable de la portion de cotisation afférente à la période écoulée jusqu'à la date de résiliation, majorée des frais de poursuites et de recouvrement éventuels ainsi que d'une pénalité correspondant à 6 mois de cotisation maximum sans pouvoir excéder la portion de cotisation restant due jusqu'au terme de l'échéance annuelle.

5.3.4 Comment évolue votre cotisation ?

A Par le jeu de l'indexation

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

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

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

B Pour des motifs de caractère technique

Nous pouvons augmenter votre cotisation pour des raisons techniques à l'échéance principale. Vous en serez averti par l'appel de cotisation précisant son nouveau montant.

Si vous n'acceptez pas l'augmentation de votre cotisation, vous avez le droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant le jour où vous en avez été informé. La résiliation prendra effet 30 jours après votre demande faite par lettre recommandée avec avis de réception, le cachet de la poste faisant foi.

Une fraction de la cotisation sera perçue pour la période de garantie entre l'échéance et la date d'effet de la résiliation calculée sur la base de l'ancien tarif.

5.4 La prescription

Quels sont les délais d'expiration des actions que nous pouvons engager l'un contre l'autre ?

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

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'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance 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 ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux Articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

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.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel www.legifrance.gouv.fr.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

6. Que se passe-t-il en cas de sinistre ?

Nos obligations réciproques

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

6.1 Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

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

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

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

Le médecin expert désigné par nous doit pouvoir à tout moment procéder à l'examen médical de l'assuré victime.

Dans le cas où, sauf motif impérieux dûment justifié, l'assuré victime faisait obstacle à l'exercice de ce contrôle, il serait, s'il maintenait son opposition, privé de tout droit à indemnité après que nous l'ayons avisé quarante huit heures à l'avance par lettre recommandée.

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

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

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

6.2 Comment sont réglés les sinistres ?

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

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

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

Pour la détermination de l'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique les médecins experts devront se référer au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en Droit Commun du Concours Médical (dernière édition en cours au jour de l'accident).

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

Les médecins experts devront également estimer si l'état de l'assuré victime nécessite que soient effectuées des adaptations de son véhicule ou de son domicile. Dans ce dernier cas, les frais d'adaptation seront évalués par un architecte spécialisé dans le domaine concerné, que nous missionnerons en accord avec vous.

En cas de désaccord sur les conclusions médicales, si les parties le souhaitent, avant tout recours à la voie judiciaire il peut être procédé à une expertise amiable contradictoire dans les conditions suivantes :

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

Même si le risque couvert, objet de la garantie, est susceptible de donner lieu à un recours contre un tiers, assuré ou non, ou d'entrer dans le champ d'intervention d'un fonds d'indemnisation, nous intervenons en priorité vis-à-vis de l'assuré victime ou de ses proches en cas de décès de l'assuré.

Pour l'indemnisation des postes de préjudices non garantis par le présent contrat ou lorsque le plafond de garantie est dépassé, nous accompagnons l'assuré victime ou ses bénéficiaires vers le tiers responsable et son éventuel assureur ou le cas échéant vers le fonds de garantie compétent, dans les conditions prévues au Chapitre 3.

6.3 Le paiement des prestations

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

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

Le paiement des indemnités correspondant aux prestations est effectué :

- en cas d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique : à l'assuré victime lui-même ou s'il s'agit d'un enfant mineur à ses représentants légaux sur un compte au nom de l'enfant,
- en cas de décès d'une personne assurée : aux proches.

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

Important

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

6.4 En cas d'aggravation

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

En cas d'aggravation, si vous avez été indemnisé une première fois car le taux initial de votre Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique était égal ou supérieur au taux de la formule que vous avez choisie, vous recevrez un complément d'indemnisation.

Si le taux initial de l'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique était inférieur au taux de la formule que vous avez choisie mais qu'en raison de l'aggravation il devient égal ou dépasse ce taux, vous serez alors indemnisé de la globalité de votre préjudice dans les conditions du contrat.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser les plafonds de garantie fixés à l'article 2.5.

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

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

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

Particularité pour la garantie « Recours »

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

7. L'étendue de vos garanties

7.1 Où s'exercent vos garanties ?

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

- dans les Départements, Territoires, Pays et Collectivités d'Outre-mer, en France métropolitaine,
- dans les pays de l'Union européenne, en Suisse, Islande, Norvège, dans les principautés de Monaco et d'Andorre, au Vatican, à San Marin, au Liechtenstein,
- dans le reste du monde pour des séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs.

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

7.2 La période de validité de vos garanties

Les garanties s'appliquent :

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

8. À noter également

Facultés de renonciation

Les dispositions qui suivent vous concernent uniquement si vous avez conclu le présent contrat en qualité de personne physique à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, par voie de démarchage ou de vente à distance.

En cas de conclusion de votre contrat par voie de démarchage

Dans le cas où le souscripteur personne physique a été sollicité par voie de démarchage, en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance à des fins autres que commerciales ou professionnelles, il dispose d'un droit de renonciation, dans les conditions et limites prévues par l'alinéa 1^{er} de l'article L.112-9 du Code des assurances reproduit ci-après :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre ci-dessous, dûment complété par ses soins.

Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse indiquée sur vos Dispositions Particulières.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné M _____ demeurant _____ renonce à mon contrat N° _____ souscrit auprès d'Allianz IARD conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances. J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

À cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute pénalité.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Conformément aux dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage,
- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

En cas de souscription à distance de votre contrat

La vente de votre contrat d'assurance Garantie des accidents de la Vie par téléphone, courrier ou internet est régie par les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent :

- qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'opérations successives ou d'une série d'opérations distinctes, de même nature, échelonnées dans le temps,
- qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Conformément aux dispositions applicables en matière de vente à distance des services financiers, vous êtes informé :

- de l'existence du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions visé à l'article L. 422-1 du Code des assurances,
- de l'existence du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral visé à l'article L. 426-1 du Code des assurances,

- de l'existence de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales visé à l'article L. 1142-22 du Code de la Santé publique,
- que vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception des « Dispositions Particulières » et des « Dispositions Générales » si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités,
- que les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord du souscripteur. Vous avez manifesté votre volonté pour que votre contrat prenne effet à la date figurant sur les « Dispositions Particulières ». Le souscripteur, qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation et qui use de son droit de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert ; en outre, la contribution Attentats au titre du Fonds de garanties des victimes des actes de terrorisme reste due.

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins.

Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse indiquée sur vos Dispositions Particulières.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné M _____ demeurant _____ renonce à mon contrat N° _____ souscrit auprès d'Allianz IARD conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances. J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois,
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur,
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation

Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à :

Allianz – Direction Outre-mer

Informatique et Libertés

Case Courrier B406

87, rue de Richelieu

75113 Paris Cedex 02.

Nous vous informons que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion du présent contrat.

Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par nos prestataire dans ou hors d'Europe.

Vos données pourront, sauf opposition de votre part, aussi être utilisées (hors les coordonnées bancaires) dans un but de prospection pour les produits (assurances, produits bancaires et financiers, services) distribués par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux.

Dans le cadre de notre politique de maîtrise des risques et la lutte anti-fraude, nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

En cas de sinistre, les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment courriers et ou certificats médicaux, certificats de décès que vous adressez au Médecin Conseil d'Allianz) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique nécessaires à la gestion de votre dossier corporel et/ou à l'application de vos garanties corporelles.

De même, les informations soumises au respect du secret professionnel font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion de votre dossier corporel et/ou à l'application de vos garanties corporelles par les Services Administratifs d'Allianz.

La signature de votre contrat vaut acceptation expresse de votre part pour la transmission :

- au Médecin Conseil d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier,
- aux services administratifs d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

Relations Clients et Médiation

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas votre attente, vous pourrez adresser votre réclamation, soit en adressant un mail à l'adresse SRCLIOM@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de :

Allianz – Direction Outre-mer

Service Réclamation

Case Courrier B406

87, rue de Richelieu

75113 Paris Cedex 02.

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances** dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris Cedex 09,

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Autorité de contrôle des entreprises d'Assurances

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'**ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution)** 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Lutte contre le blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Loi applicable – Tribunaux compétents

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la loi française et principalement le Code des assurances. Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des tribunaux français.

Langue utilisée

La langue utilisée dans le cadre des relations précontractuelles et contractuelles est la langue française.

Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz IARD

Entreprise régie par le Code des assurances.

Société anonyme au capital de 991 967 200 euros.

Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris.

542 110 291 RCS Paris.

À compter du 01.01.2016 :

Nouveau siège social : 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

542 110 291 RCS Nanterre

www.allianz.fr



CAISSE D'ÉPARGNE
CEPAC

Caisse d'Épargne CEPAC

Banque coopérative régie par les art. L512-85 et suivants du Code Monétaire et Financier

SA à Directoire et Conseil d'Orientation et de Surveillance au capital de 1 100 000 000 euros - Siège social : Place Estrangin Pastré
13006 Marseille - 775 559 404 RCS Marseille - Intermédiaire en assurance, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 07 006 180

Titulaire de la carte professionnelle « transactions sur immeubles et fonds de commerce sans perception de fonds effets ou valeurs »
n° CPI 1310 2016 000 009 983 délivrée par la CCI de Marseille-Provence, garantie par la CEGC - 16 rue Hoche -

Tour Kupka B - TSA 39999 - 92919 Paris La Défense Cedex