



SwissLife Assurances de Biens

Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08

SA au capital de
€ 135.000.000

Entreprise régie par le
Code des Assurances
391.277.878 RCS Paris

Garantie des Accidents de la Vie

Dispositions Générales



Vous avez souscrit un contrat d'assurance Garantie des Accidents de la Vie[®]

Heureux de vous compter parmi nos clients, nous vous présentons **votre contrat d'assurance**.

Il comporte des Dispositions Générales et des Dispositions Personnelles.

Les Dispositions Générales

Elles énumèrent **les garanties** qui peuvent être souscrites et en définissent **le contenu**.

Elles regroupent les règles qui régissent **la vie du contrat** et **les obligations** des parties.

Les Dispositions Personnelles

Elles personnalisent votre assurance en l'adaptant à **votre cas particulier**. C'est pourquoi **vos déclarations** y sont reproduites, et **les garanties choisies** y sont indiquées.

Elles précisent également **le montant de votre cotisation** et **la date de son exigibilité**.

Nous attirons votre attention sur l'importance des déclarations puisqu'elles servent de base au contrat.

Et si une difficulté se présentait ? (erreur à rectifier, oubli, délai, application du contrat...)

- **Pensez à votre Intermédiaire**, il est le premier à pouvoir vous aider : Contactez-le en priorité : il vous connaît et a su adapter nos contrats à vos besoins. Dans la plupart des cas, il pourra vous donner tous les éclaircissements nécessaires.

- Si ses explications ne vous suffisent pas, écrivez à notre **Service Consommateurs** :

SwissLife Assurances de Biens
Service consommateurs
1 rue Maréchal de Lattre de Tassigny
59671 Roubaix cedex 1

Ce service a été créé pour vous lire et vous écouter. Dès réception de votre demande, il prendra contact avec le service compétent pour étudier votre cas particulier et veiller à vous faire donner une réponse dans les meilleurs délais.

- Si enfin votre désaccord persistait après la réponse donnée par le Service Consommateurs, vous pouvez demander l'avis du médiateur en écrivant à :

Médiation Assurance
11, rue de la Rochefoucault
75009 Paris

Quelques conseils pour prendre contact avec notre Service Consommateurs :

- Écrivez-nous par courrier simple (inutile de recommander votre lettre sauf si vous joignez des documents originaux).
- Précisez le numéro du contrat d'assurance qui fait l'objet de votre demande.
- Indiquez les références des courriers que vous avez déjà reçus.
- S'il s'agit d'un dommage, indiquez-nous le numéro de dossier.
- Si vous le souhaitez, pour nous permettre éventuellement de vous joindre, mentionnez votre numéro de téléphone et les horaires auxquels il est possible de vous appeler.

Sommaire

Ce contrat est régi par le Code des assurances ainsi que par les Dispositions Générales et les Dispositions Personnelles qui en font partie intégrante.

S'il est souscrit dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, l'Assuré bénéficie, lorsqu'elles lui sont plus favorables, des dispositions impératives du Code des assurances applicables dans ces départements, à l'exception toutefois des dispositions de l'article L.191-7.

Rubrique 1	Lexique, conditions d'application, exclusions, indexation	4
Article 1.1	Lexique	4
Article 1.2	Etendue géographique des garanties	5
Article 1.3	Indexation de la cotisation et des garanties	5
Article 1.4	Révision par l'assureur des cotisations	5
Article 1.5	Exclusions	6
Rubrique 2	Contenu des garanties	7
Incapacité permanente et décès		7
Article 2.1	Accidents garantis	7
Article 2.2	Objet des garanties - Modalités d'indemnisation	8
Article 2.3	Incapacité permanente	8
Article 2.4	Décès de l'assuré	9
Article 2.5	Dispositions communes en cas de blessures ou de décès de l'assuré	9
Article 2.6	Non-cumul des prestations	9
Assistance		10
Article 2.7	Garanties accordées	10
	2.7.11 Assistance - Prestations A	11
	2.7.12 Assistance - Prestations B	14
Rubrique 3	Règlement des sinistres	18
Article 3.1	Déclaration du sinistre	18
Article 3.2	Autres obligations	18
Article 3.3	Règlement des litiges - Arbitrage	18
Article 3.4	Modalités de règlement	19
Rubrique 4	Dispositions administratives	20
Article 4.1	Quelles déclarations doivent être faites ?	20
Article 4.2	Formation du contrat, date d'effet de l'assurance, durée du contrat	21
Article 4.3	Résiliation	22
Article 4.4	Comment met-on fin au contrat ? Quel est le sort de la cotisation ?	23
Article 4.5	La cotisation	23
Article 4.6	Prescription	24
Article 4.7	Quel est l'organisme qui contrôle ?	24

1 Lexique, conditions d'application

Exclusions, indexation

Art. 1.1 Lexique

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident

Les notions d'accident et d'accidents médicaux sont définis à la rubrique 2 «contenu des garanties».

Assuré

• Lorsque la mention «Assuré seul» est indiquée aux Dispositions Personnelles :

Le preneur d'assurance ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit.

• Lorsque la mention «Famille» est indiquée aux Dispositions Personnelles :

Le preneur d'assurance ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit, son époux ou épouse non séparé de corps ou de fait, son concubin ou sa concubine, y compris les personnes ayant souscrit un PACS, leurs enfants fiscalement à charge ou handicapés physiques ou mentaux titulaires d'une carte d'invalidité.

Les personnes doivent avoir leur résidence principale sur le territoire métropolitain français, à Monaco ou Andorre, sous réserve des dispositions prévues à l'article 1.2.

Pour le risque Assistance, se reporter à l'article 2.7.

Assureur

La Compagnie d'assurances SwissLife Assurances de Biens.

Pour le risque Assistance, se reporter à l'article 2.7.

Bénéficiaire

Le bénéficiaire du contrat est l'assuré.

En cas de décès de celui-ci, ses ayants-droit c'est-à-dire les personnes physiques qui peuvent justifier et prétendre à indemnisation d'un préjudice moral et/ou économique.

Pour le risque Assistance, se reporter à l'article 2.7.

Déchéance

La perte du droit à la garantie.

Droit Commun

L'ensemble des règles juridiques définies par la Loi et la jurisprudence et s'appliquant à tous.

Échéance annuelle

La date indiquée sous ce titre aux Dispositions Personnelles ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance.

Frais funéraires

Les dépenses relatives aux frais d'obsèques de l'assuré.

Incapacité permanente

La réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychiques, intellectuelles, appréciées médicalement à la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré, en comparant l'état subsistant après l'accident à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

Indice

L'indice du «coût horaire de travail tous salariés des services principalement rendus aux entreprises», pour sa valeur connue du mois de juin, publié par l'INSEE.

Préjudice d'agrément

La perte ou réduction définitive pour l'assuré de ses aptitudes à poursuivre la pratique régulière et fréquente d'un sport, d'une activité artistique ou de loisir, de la même manière qu'avant l'accident garanti.

Préjudice économique

La perte financière subie, du fait de l'accident garanti, par l'assuré, ou par les bénéficiaires en raison du décès de l'assuré.

Préjudice esthétique

Les disgrâces physiques subsistant après la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

Préjudice moral (en cas de décès)

Le préjudice d'ordre affectif subi par les bénéficiaires du fait du décès de l'assuré

Preneur d'assurance

La personne (souscripteur) qui est désignée sous ce nom aux Dispositions Personnelles et dans les documents modifiant le contrat initial.

Prescription

La date au-delà de laquelle aucune action ne peut plus être intentée.

Recours de l'Assureur contre le responsable (subrogation)

La substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou des bénéficiaires du contrat à l'encontre de tout tiers.

L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement

toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Ce recours est limité au montant des indemnités versées.

Souffrances endurées

Les douleurs physiques, psychiques ou morales endurées du fait des dommages corporels subis jusqu'à la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

Stabilisation de l'état de santé de l'assuré (consolidation)

Le stade auquel les lésions ou affections dont l'assuré est atteint ne sont plus susceptibles d'évoluer, en l'état des connaissances médicales de l'époque.

La stabilisation de l'état de l'assuré fait l'objet d'un constat médical.

Tiers

Toute personne autre que l'assureur, l'assuré ou les bénéficiaires du contrat.

Art. 1.2 Etendue géographique des garanties

Les garanties s'exercent en France métropolitaine, dans les départements et territoires d'Outre-mer, dans les principautés d'Andorre et Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Chypre, à Malte, à San Marin, au Vatican et en Norvège.

En ce qui concerne les enfants et descendants de l'assuré poursuivant leurs études hors des pays sus indiqués, les garanties s'exercent également dans le pays ou les enfants et descendants effectuent leurs études, pendant la durée de celles-ci, sous réserve de la production de justificatifs de scolarisation.

Lors de voyages et séjours qui n'excèdent pas une durée continue de TROIS MOIS, les garanties s'exercent dans le reste du monde.

Pour la validité territoriale du risque Assistance, se reporter à l'article 2.7.

Art. 1.3 Indexation de la cotisation et des garanties

La cotisation nette et les montants des garanties sont modifiés proportionnellement aux variations de l'indice.

Leur montant initial est modifié à compter de chaque échéance annuelle, proportionnellement à la variation constatée entre la plus récente valeur de l'indice publiée lors de la souscription du contrat (la valeur de l'indice de souscription est indiquée aux Dispositions Personnelles) et la plus récente valeur de l'indice publiée un mois au moins avant le premier jour du mois de l'échéance (la valeur de l'indice d'échéance est indiquée sur la quittance ou sur l'avis d'échéance de cotisation).

Art. 1.4 Révision par l'assureur des cotisations

Si l'assureur modifie ses cotisations en fonction des résultats techniques d'une catégorie ou de l'ensemble des contrats en portefeuille couvrant les mêmes risques, la cotisation du contrat sera modifiée dans la même proportion à la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Droit de résiliation du contrat par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance qui refusera la modification de la cotisation à la suite d'une révision par l'assureur de ses tarifs pourra dénoncer le contrat dans le délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il aura eu connaissance de cette modification.

La cessation des effets du contrat interviendra 30 jours après celui où l'assureur sera prévenu de la dénonciation du contrat faite dans les formes et selon les modalités prévues à l'article 4.4.1.

Le preneur d'assurance devra alors à l'assureur la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation ou fraction de cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

Art. 1.5 Exclusions

L'assureur ne garantit pas les accidents :

1.5.1 subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et / ou électives ou syndicales ;

1.5.2 subis à l'occasion d'accidents de trajets tels que définis par l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale ;

1.5.3 résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, sauf ce qui en est dit à l'article 2.1.3.

Demeurent toutefois garantis les accidents subis au cours de l'utilisation :

- de véhicules ferroviaires et de tramways circulant sur des voies qui leurs sont propres,
- de véhicules à moteur ayant un caractère de jouets d'enfants et de tondeuses à gazon autoportées,
- des fauteuils roulants électriques ;

1.5.4 résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe, sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;

1.5.5 résultant de la pratique par l'assuré d'un sport exercé à titre professionnel ou rémunéré dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement ;

1.5.6 provenant de la guerre civile ou étrangère ;

1.5.7 dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;

1.5.8 résultant d'expérimentations biomédicales ;

1.5.9 causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti ;

1.5.10 que l'assuré s'est causé intentionnellement ;

1.5.11 causés ou provoqués intentionnellement par un bénéficiaire ou avec sa complicité.

2 Contenu des garanties

Incapacité permanente et décès

Art. 2.1 Accidents garantis

L'assureur garantit les préjudices résultant d'accidents subis par l'assuré dans le cadre de sa vie privée, lorsque ces accidents entraînent :

- soit le décès de l'assuré,
- soit une incapacité permanente de l'assuré, directement imputable à l'accident, lorsque cette incapacité est :
 - soit supérieure,
 - soit supérieure ou égale au(x) tau(x) indiqué(s) aux Dispositions Personnelles.

Toutefois, indépendamment de la formule souscrite aux Dispositions Personnelles, pour les assurés âgés de plus de 65 ans au moment du sinistre, le taux d'incapacité permanente devra être supérieur ou égal à 30 % pour que la garantie puisse s'appliquer.

On entend par accident :

2.1.1 Les 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 de 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.

Sont également considérées comme des accidents médicaux, les affections nosocomiales contractées par l'assuré lors de son séjour dans un établissement de santé public ou privé.

La couverture des accidents médicaux n'est acquise que pour les conséquences des actes ou traitements pratiqués postérieurement au 1^{er} janvier 2000 et antérieurement à la résiliation du contrat, pour autant que la manifestation des dommages ait été inconnue de l'assuré ou du bénéficiaire au moment de la souscription du contrat et de la prise d'effet de la garantie.

2.1.2 Les accidents dus à des attentats ou à des infractions

Lorsque ces derniers résultent de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction. Le contrat couvre les dommages consécutifs à un accident dû à un attentat ou à une infraction, survenu entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation.

2.1.3 Les autres accidents de la vie privée

Suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.

Le contrat couvre les dommages consécutifs à un accident de la vie privée, survenu entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation.

Garantie optionnelle sur mention expresse aux Dispositions Personnelles - garantie du conducteur d'un véhicule terrestre à moteur :

Par dérogation partielle aux dispositions prévues à l'article 1.5.3, sont garantis, selon l'option choisie, les accidents de la circulation lorsque l'assuré est conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, à 2, 3, 4 roues d'un poids total en charge de moins de 3,5 T, que l'assuré soit ou non responsable de cet accident. Cette garantie est strictement limitée aux accidents de la circulation survenus au cours de la vie privée de l'assuré.

Exclusions spécifiques :

Outre les accidents occasionnés dans les circonstances faisant l'objet des exclusions applicables à tous les risques prévues à l'article 1.5., l'assureur ne garantit pas :

- les accidents provoqués intentionnellement par l'assuré,
- les accidents résultant du suicide de l'assuré ou de sa tentative de suicide. L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année du contrat,
- les conséquences d'aggravations de dommages corporels dues à une négligence de la part du conducteur dans son traitement médical,
- les accidents corporels résultants de la conduite de tout véhicule terrestre à moteur alors que l'assuré :
 - n'a pas l'âge requis, ou n'est pas titulaire des permis, de la licence ou des certificats de capacité exigés par la législation en vigueur et en état de validité,
 - est sous l'empire de l'alcool tel que visé à l'article L. 234-1 du Code de la route ou de stupéfiants non prescrits médicalement, sauf s'il est établi que l'accident est sans rapport avec ces faits,
 - refuse de se soumettre aux épreuves de vérifications de l'imprégnation alcoolique tels que visés à l'article L. 234-3 du Code de la route,
 - ne portait pas la ceinture de sécurité et/ou le casque exigé(s) par la réglementation en vigueur,

- les dommages subis à l'occasion de la pratique d'une course de vitesse, d'une compétition ou de ses essais soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation des pouvoirs publics, lorsque l'assuré y participe en qualité de concurrent, d'organisateur ou de préposé.

2.1.4 Remboursement du premier équipement en prothèses, suite à un accident garanti

Le contrat couvre la prise en charge du premier équipement en prothèses nécessités par la survenance d'un accident garanti à concurrence du montant figurant aux Dispositions Personnelles. **Le bris et l'usure de celle-ci sont exclus de la garantie.**

Art. 2.2 Objet des garanties - Modalités d'indemnisation

Le contrat, qui revêt un caractère indemnitaire, a pour objet d'offrir à l'assuré ou au bénéficiaire la réparation des préjudices qu'ils ont subis du fait d'un accident garanti évalué selon les règles applicables en Droit Commun.

La garantie ne s'applique qu'aux seuls préjudices définis à l'article 1.1 (Lexique), et selon les modalités d'indemnisation décrits ci-après.

Le cumul des indemnités versées par l'assureur au titre du présent contrat ne peut dépasser, par victime, la somme indiquée aux Dispositions Personnelles.

Art. 2.3 Incapacité permanente

2.3.1 Incapacité permanente

L'incapacité permanente dont le taux fixé par le médecin spécialiste en réparation de dommages corporels est égal ou supérieur à celui indiqué aux Dispositions Personnelles du contrat est indemnisée par l'assureur selon les règles applicables en Droit Commun.

Lorsqu'il existe un préjudice économique indemnisable, son calcul est effectué à partir des pertes réelles des revenus nets de l'assuré capitalisées selon les règles édictées par le Décret n° 86-973 du 8 août 1986 et son barème annexé ou tout autre décret et barème qui leur seraient légalement substitués.

Le préjudice lié à l'incapacité permanente comprend la prise en charge des frais d'aménagements du domicile de l'assuré et de son véhicule dès lors qu'ils sont médicalement nécessaires, aux dires du médecin expert.

2.3.2 Conditions de mise en jeu des garanties

Les prestations versées au titre de l'indemnisation des préjudices incapacité permanente, souffrances endurées, préjudice esthétique, d'agrément, ne sont dues par l'assureur qu'à partir du moment où il est médicalement établi que les lésions ou blessures rattachables à un événement garanti entraînent pour l'assuré une incapacité permanente dont le taux est égal ou supérieur à celui indiqué aux Dispositions Personnelles.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé dans les conditions et selon les modalités définies ci-après.

2.3.3 Fixation des bases médicales

Le taux d'incapacité subsistant après consolidation des blessures, est fixé par un médecin spécialiste en réparation de dommages corporels désigné par l'assureur.

Le médecin spécialiste en réparation de dommages corporels se réfère au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en Droit Commun - Concours médical - dernière édition parue à la date de son examen.

Si le médecin spécialiste en réparation de dommages corporels détermine que l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne, il en fixe la durée et la nature.

Le médecin spécialiste en réparation de dommages corporels indique la durée de l'incapacité de travail imputable à l'événement garanti, il qualifie les souffrances endurées et, après consolidation, le préjudice esthétique.

Il donne son avis médical motivé sur les éléments relatifs aux troubles fonctionnels constitutifs du préjudice d'agrément.

Lors de l'expertise médicale diligentée par l'assureur, l'assuré peut se faire assister par tout médecin de son choix, les frais et honoraires de ce praticien demeurant à la charge de l'assuré.

En cas de désaccord, les parties peuvent décider de recourir à l'arbitrage d'un médecin agissant en qualité de tiers expert désigné en commun.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent recourir à un médecin désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance saisi, aux frais de l'assureur, sur simple requête par la partie la plus diligente, l'autre ayant été régulièrement convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires et frais du médecin arbitre et ceux de l'expert commis judiciairement sont supportés par moitié entre les parties.

2.3.4 Les souffrances endurées

Les souffrances endurées par l'assuré du fait de ses blessures jusqu'à la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré sont qualifiées par le médecin spécialiste par une échelle de 0 à 7, prévue au barème «concours médical». Elles sont indemnisées selon les règles du Droit Commun.

2.3.5 Le préjudice esthétique

Le préjudice esthétique décrit par le médecin spécialiste en réparation de dommages corporels et qualifié par ce dernier par une échelle de 0 à 7, prévue au barème «concours médical» est indemnisé selon les règles du Droit Commun.

Toutefois, le préjudice esthétique n'est pas indemnisé lorsqu'il résulte d'accident trouvant sa source dans la pratique d'un acte à caractère médical dont la finalité était uniquement d'ordre esthétique.

2.3.6 Le préjudice d'agrément

Les troubles fonctionnels constitutifs du préjudice d'agrément, tels que décrits et qualifiés par le médecin spécialiste en réparation de dommages corporels sont indemnisés selon les règles applicables en Droit Commun.

2.3.7 L'aggravation

L'aggravation de l'état séquellaire de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à indemnisation pour autant qu'elle soit médicalement constatée dans les conditions définies à l'article 2.3.3.

Le cumul des indemnités successivement versées à l'assuré ne peut excéder le plafond de la garantie.

Art. 2.4 Décès de l'assuré

2.4.1 Préjudices indemnisés

En cas de décès de l'assuré directement imputable à un accident garanti, l'assureur indemnise les bénéficiaires de leurs préjudices économiques et moraux, ainsi que les frais funéraires réellement exposés dans la limite du capital indiqué aux Dispositions Personnelles.

2.4.2 Calcul des préjudices

Les préjudices sont déterminés selon les règles applicables en Droit Commun.

Pour le calcul des préjudices économiques indemnisables, il est pris en compte les revenus nets perçus par la victime au moment de son décès et les règles de capitalisation édictées par le Décret n° 86-973 du 8 août 1986 et son barème ou tout décret et barème qui leur seraient légalement substitués.

2.4.3 Non-cumul des indemnités incapacité permanente et décès

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité due pour l'incapacité permanente, l'assuré décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès ne sont versées que déduction faite des sommes déjà réglées par l'assureur au titre de l'incapacité permanente et des préjudices personnels.

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

Art. 2.5 Dispositions communes en cas de blessures ou de décès de l'assuré

Le calcul des indemnités versées au titre du présent contrat s'effectue selon les règles applicables en Droit Commun Français.

Si l'accident garanti est survenu hors de France, il sera retenu les règles de jurisprudence française appliquées par la juridiction compétente du ressort du domicile du preneur d'assurance.

Art. 2.6 Non-cumul des prestations

Les prestations de caractère indemnitaire couvertes par le présent contrat ne se cumulent pas avec celles perçues ou à percevoir par l'assuré ou les bénéficiaires, d'un organisme de Sécurité Sociale, de tout autre régime de prévoyance.

L'assuré ou les bénéficiaires du contrat s'obligent à communiquer à l'assureur tous les éléments constitutifs de sa protection sociale et à lui transmettre, dès qu'elles lui sont notifiées par le ou les organismes débiteurs et ont été acceptées par lui, toutes informations sur la nature et le montant des prestations qu'il est susceptible de percevoir.

Toutefois, les prestations à caractère non indemnitaire pouvant être dues au titre d'un contrat d'assurance ne seront pas déduites du montant des prestations versées au titre du présent contrat.

Assistance

Art. 2.7 Garanties accordées

Comment contacter Garantie Assistance ?

- ♦ **Téléphone** (24 h/ 24, en indiquant le numéro de votre contrat) :
 - de France 01 53 21 24 72
 - de l'Étranger..... 33 1 53 21 24 72
- ♦ **Télex**..... 282 788
- ♦ **Télécopie** 01 53 21 24 88
- ♦ **Télégramme**..... GASSIST PARIS France

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, Garantie Assistance doit avoir été prévenue (par téléphone, télex, fax) et avoir donné son accord préalable.

2.7.1 Préambule

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés à l'assuré ou bénéficiaire.

La nature des prestations accordées décrites ci-après (A ou B) est indiquée aux Dispositions Personnelles.

Ces prestations sont gérées par GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée G. A.), Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Économie et des Finances, Société anonyme au capital de 1.850.000 €, RCS PARIS B 312 517 493, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

2.7.2 Bénéficiaire ou assuré

- Le titulaire du présent contrat d'assurance G.A.V., ci-après dénommé l'assuré ou le bénéficiaire,
- son conjoint ou concubin,
- ses enfants ou petits-enfants et ascendants fiscalement à charge vivant sous son toit.

2.7.3 Validité territoriale

Les services proposés sont utilisables :

- au domicile de l'assuré pour les garanties des articles 2.7.11 a au 2.7.11 e, et des articles 2.7.12 c au 2.7.12 e,
- dans le monde entier pour les garanties des articles 2.7.11 f et 2.7.12 a et b.

2.7.4 Validité dans le temps

Les garanties définies ci-dessous suivent le sort du présent contrat.

Par exception, le preneur d'assurance et l'assureur ont le droit de résilier les garanties du risque B indépendamment des autres garanties du présent contrat à chaque échéance annuelle de la cotisation moyennant

préavis de deux mois et aux conditions prévues aux articles 4.4.1 et 4.4.2.

2.7.5 Définitions

On entend par :

- Domicile : la résidence principale de l'assuré située en France métropolitaine, Andorre ou Monaco,
- Accident garanti : voir article 2.1.

2.7.6 Engagement financier

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, G. A. doit avoir été prévenue (par téléphone, télex, fax) et avoir donné son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ne donne lieu à aucun remboursement.

2.7.7 Exclusions

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la déchéance des prestations.

Sont exclus, en outre :

- l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les accidents visés à l'article 1.5 des Dispositions Générales et ceux exclus aux Dispositions Personnelles.

2.7.8 Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles

G. A. ne peut être tenu pour responsable ni de la non-exécution ni des retards provoqués par :

- la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- les hostilités, représailles, conflits, saisies-arrêts, contraintes, mobilisations ou détentions, par toutes autorités quelconques,
- la réquisition des hommes et du matériel par les autorités,
- tous actes de sabotages ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc...,
- les cataclysmes et catastrophes,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de

dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyau d'atome ou de radio-activité, et par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, notamment les interdictions décidées par les autorités locales.

2.7.9 Prescription

Toute action découlant de la garantie de G.A. est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

2.7.10 Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'assistance, subroge G.A. dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

2.7.11 Assistance - Prestations A

a) Assistance vie quotidienne

■ Envoi d'un médecin

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à accident d'un bénéficiaire.

A la demande du bénéficiaire, le service médical de G.A. envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile du bénéficiaire. Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire ne peut être joint. Les frais, soins et honoraires de ce médecin restent à la charge du bénéficiaire.

Garantie Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

■ Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à accident d'un bénéficiaire.

Dans le cas où l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation et sur prescription médicale, G.A. organise et prend en charge le transport en ambulance du bénéficiaire de son domicile vers un hôpital situé dans un rayon de 50 km maximum.

A l'issue de l'hospitalisation, G.A. organise et prend en charge le transport du bénéficiaire s'il n'est pas en état de se déplacer dans les conditions normales de l'hôpital à son domicile (dans un rayon de 50 km du domicile).

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de G.A., après contact avec le médecin traitant sur place 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.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de ces organismes et à verser à G.A. toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Garantie G.A.

■ Voyage et hébergement d'un proche

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs suite à accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin.

Si le bénéficiaire se retrouve seul, G.A. organise et prend en charge :

- le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France métropolitaine, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 153 € TTC maximum.

■ Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

Cette prestation s'applique en cas :

- d'hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs suite à accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,
- de décès suite à un accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,
- d'accident d'un des enfants ou petits-enfants de l'assuré ou de son conjoint ou concubin nécessitant son immobilisation au domicile plus de 5 jours.

Si les enfants ou petits-enfants se retrouvent seuls, G.A. organise et prend en charge :

- soit leur garde au domicile de l'assuré dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour.

Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 77 € TTC pour l'ensemble de la prestation,

- soit leur transfert aller/retour en avion classe touristique ou en train 1^{ère} classe chez un parent résidant en France métropolitaine,
- soit le transfert aller/retour en avion classe touristique ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France métropolitaine au domicile de l'assuré,
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 458 € TTC pour l'ensemble des enfants ou petits-enfants concernés.

■ Garde des ascendants ou des personnes dépendantes à charge

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs suite à accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin

Si les ascendants ou personnes dépendantes à charge résidant au domicile principal de l'assuré ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, G.A. organise et prend en charge :

- soit leur garde au domicile de l'assuré pendant un maximum de 20 heures effectives de travail réparties sur 15 jours. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 77 € TTC pour l'ensemble de la prestation,
- soit leur transfert aller/retour, en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe, chez un parent résidant en France métropolitaine,
- soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France métropolitaine au domicile de l'assuré.

■ Garde d'animaux domestiques

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs suite à accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin

Si le bénéficiaire est hospitalisé suite à un accident survenu au domicile, G. A. organise et prend en charge la garde à l'extérieur, ou l'entretien à domicile, des petits animaux domestiques, à la condition qu'ils aient reçu des vaccinations obligatoires. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 229 € TTC.

■ Aide ménagère

Cette prestation s'applique en cas :

- d'hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs suite à accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,
- de décès suite à un accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin.

Si l'état de santé de l'assuré ou de son conjoint ou concubin le nécessite (ou en cas de décès) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A. organise la mise en oeuvre d'une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, selon le cas, pendant l'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire sur une période de 15 jours à concurrence d'un maximum de 20 heures de travail effectif. Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de G.A..

■ École à domicile

Cette prestation s'applique suite à accident de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 15 jours.

A Objet

La garantie a pour objet de permettre à l'enfant de l'assuré de son conjoint ou de son concubin, scolarisé du cours préparatoire à la classe de terminale, de recevoir une aide pédagogique en cas d'accident survenant pendant la période de validité du contrat et l'immobilisant plus de quinze jours consécutifs.

B Validité de la garantie dans l'espace

La prestation est fournie au lieu où réside le bénéficiaire pendant son indisponibilité, y compris en milieu hospitalier, sous réserve que :

- l'établissement hospitalier donne son accord ;
- les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de ladite prestation.

C Matières prises en charge

Les matières visées par la présente garantie sont les suivantes : langues étrangères, français, physique-chimie, mathématiques, histoire-géographie et sciences naturelles.

D Début et fin de la prestation

La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire telle qu'elle est définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle débute le 1^{er} jour ouvré suivant le 15^{ème} jour d'immobilisation. Elle est suspendue pendant les vacances scolaires. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement sa scolarité.

E Durée de la prestation

Le nombre d'heures pris en charge sera de 15 heures par semaine fractionnable en périodes de 3 heures.

L'ensemble des frais engagés pour cette garantie ne pourra excéder 1.525 € TTC.

F Délais d'intervention

Dès réception de la demande, G. A. mettra tout en oeuvre, selon les disponibilités locales, pour que le répétiteur se rende au lieu de résidence du bénéficiaire le plus rapidement possible.

G Conditions médicales

Toute demande devra être justifiée par un certificat médical attestant que l'enfant est immobilisé par suite de maladie ou d'accident et ne peut de ce fait se rendre à son établissement scolaire.

Un droit de contrôle de l'état médical du bénéficiaire pourra être effectué par un médecin de G. A. sauf opposition justifiée.

b) Assistance vie quotidienne

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel du bénéficiaire.

■ Transmission de messages urgents à caractère personnel

En cas de nécessité, G.A. assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

■ Recherche de médicaments

Lorsque, pour des raisons de santé ou à la suite d'un accident survenu au domicile, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, G.A. fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments. G.A. fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés. **Garantie Assistance ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc...).**

■ Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint ou concubin, enfants ou petits-enfants à charge) G.A. procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêts, une somme de 763 € TTC (ou moins, si une somme inférieure est suffisante).

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. Elle est remboursable dans un délai d'un mois à compter de la date du versement.

■ Renseignements pour la santé de tous les jours

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, l'un des médecins de G.A. :

- répond à ses questions d'ordre médical ou diététique,
- lui indique, en accord avec son médecin traitant, les types de cure correspondant à son état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir s'il souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition du lundi au samedi de 9h à 19h.

c) Assistance renseignement juridique

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel du bénéficiaire.

G.A. peut fournir des renseignements exclusivement d'ordre privé dans les domaines suivants :

■ Renseignements juridiques

Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

■ Renseignements vie pratique

Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Ces conseils, qui ne peuvent se substituer à une consultation juridique, sont à la disposition du bénéficiaire du lundi au samedi de 9h à 19h.

Dans certains cas, un délai pourra être nécessaire avant d'obtenir une réponse. G.A. se chargera alors d'appeler le bénéficiaire demandeur.

d) Remboursement des frais de télévision

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire de plus de 5 jours consécutifs suite à un accident à **l'exclusion de toute hospitalisation répétitive pour une même cause.**

G.A. rembourse les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 € TTC par événement, sous réserve d'une franchise de 15 € TTC. Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre sa demande de remboursement à G.A. accompagnée impérativement de l'original de la facture des frais de télévision.

e) Le maintien à domicile

A la demande du bénéficiaire ou d'un proche, G.A. réalise, par téléphone de 7h à 21h du lundi au samedi, des audits dans les domaines de la vie quotidienne, de l'habitat ou des ressources financières. Ces audits permettent à G.A. d'organiser si possible le maintien à domicile du bénéficiaire.

■ Audit de vie quotidienne

Cette prestation s'applique suite à un accident d'un bénéficiaire ayant entraîné une incapacité permanente.

L'audit de vie quotidienne est réalisé au moyen d'une grille d'évaluation spécifique. Il permet de connaître les habitudes de vie de la personne (comment se nourrit-elle, la personne a-t-elle des visites régulières...), son environnement familial (sa composition, sa proximité géographique,...). L'audit de vie quotidienne va mesurer dans quel contexte matériel et affectif la personne évolue et quel contact elle a conservé avec la vie extérieure.

■ Audit financier

Cette prestation s'applique suite à un accident d'un bénéficiaire ayant entraîné une incapacité permanente.

L'audit financier est établi pour mieux connaître les dépenses et revenus mensuels de la personne.

En cas de ressources insuffisantes, G.A. recherche et communique au demandeur, les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière pour faciliter l'organisation de son maintien à domicile (mairie, caisses de retraite,...).

■ Audit de l'habitat

Cette prestation s'applique suite à un accident d'un bénéficiaire ayant entraîné une incapacité permanente.

L'audit de l'habitat donne une indication de l'adéquation de l'habitat face au handicap de son occupant. Il permet, par conséquent de constater les difficultés inhérentes à la configuration du logement.

G.A. organise également le déplacement d'un spécialiste pour établir le devis estimatif des travaux à effectuer et déterminer les moyens logistiques à mettre en place pour organiser le maintien à domicile en fonction du handicap connu (lit médicalisé, rampe d'accès, télé-assistance...). L'audit et les prestations qui en découleraient restent à la charge du bénéficiaire.

■ Organisation et coordination du maintien au domicile

Cette prestation s'applique suite à un accident d'un bénéficiaire ayant entraîné une incapacité permanente.

G.A. recherche pour le bénéficiaire et sa famille les interlocuteurs adéquats et les aide à construire les dossiers nécessaires.

Après avoir ciblé leurs besoins, G.A. missionne le ou les intervenants.

G.A. rappelle le bénéficiaire afin de constater la mise en place de la prestation par les services concernés, et vérifier le bon déroulement des missions confiées aux différents intervenants.

L'audit et les prestations qui en découleraient restent à la charge du bénéficiaire.

f) Assistance obsèques

■ Transport du corps

Cette prestation s'applique en cas de décès suite à accident à l'étranger de l'assuré, de son conjoint ou concubin ou de leurs enfants.

G. A. organise le rapatriement du corps, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine y compris Corse, Andorre et Monaco. Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs, etc... est du ressort exclusif de G. A. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration sont pris en charge. Les frais de cercueil sont également pris en charge à concurrence de 763 € TTC. Dans le cas où la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par G. A., les frais correspondants sont à sa charge.

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport de corps.

Retour différé du corps : A la suite d'une inhumation provisoire sur place, G. A. prend en charge les frais de rapatriement. Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

■ Conseil après le décès

Sur simple appel téléphonique, G. A. apportera son assistance et ses conseils pour l'accomplissement des démarches et formalités consécutives au décès suite à accident de l'assuré, de son conjoint ou concubin ou de leurs enfants.

Le service d'information par téléphone ainsi mis à la disposition des bénéficiaires du contrat s'inscrit dans

le cadre suivant :

- l'organisation des obsèques,
- les questions relatives à l'incinération, l'inhumation et le rapatriement du corps,
- les procédures à suivre envers les établissements financiers de toute nature en relation avec l'assuré au moment du décès,
- le règlement des questions liées au statut d'occupation du domicile de l'assuré,
- les déclarations auprès des organismes de prévoyance collective ou individuelle (Caisse de retraite, Caisse d'allocation familiales, Sécurité Sociale, Compagnies d'assurances, etc...).

Sont exclues toutes questions relatives à un litige portant sur la transmission des biens de l'assuré décédé.

2.7.12 Assistance - Prestations B

Cette garantie comprend les prestations A définies à l'article 2.7.11 ci-avant ainsi que celles décrites ci-après :

a) Assistance voyages déplacements

Ces prestations s'appliquent, en France et à l'étranger, en cas d'accidents de l'assuré ou de l'un des bénéficiaires.

■ Conseil médical

Le conseil médical est la consultation ou l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de G. A. donne au bénéficiaire lorsqu'il est blessé suite à un accident survenu au cours d'un déplacement.

Les médecins de G. A. sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de G. A. se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins au bénéficiaire et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation du bénéficiaire.

Le médecin de G. A. propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à l'état du bénéficiaire.

La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès que le bénéficiaire ou son représentant l'a approuvé, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de G. A.

■ Rapatriement médical

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

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un rapatriement pouvant être effectué ultérieurement,
- le transfert vers un centre hospitalier mieux adapté, le retour au domicile étant organisé ultérieurement,
- le rapatriement par le moyen de transport qui paraît le plus adapté.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts et les rapatriements sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en avion de ligne régulière,
- en train,
- en avion sanitaire,
- en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par G. A.

Cette liste n'est pas limitative.

G. A. se charge :

- de l'organisation du transfert ou du rapatriement,
- de la réservation d'un lit auprès du service hospitalier choisi,
- de l'accueil à l'arrivée,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son rapatriement sanitaire éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par G. A.

Toutefois, aucun transport ne peut être pris en charge par G. A., s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de G. A.

G. A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais engagés, à l'exception :

- des frais d'évacuation sur pistes de ski à concurrence de 153 € TTC, frais de recherche exclus,
- des frais de transport en ambulance ou taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessure légère ne nécessitant ni un rapatriement, ni un transport médicalisé.

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

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de G. A. après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul 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.

IMPORTANT : tout refus de la solution proposée par la direction médicale de G. A., en collaboration avec les différents médecins concernés, entraîne l'annulation de la garantie d'assistance.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- les accidents visés à l'article 1.5 des Dispositions Générales et ceux exclus aux Dispositions Personnelles ;

• l'organisation et la prise en charge de tout frais de recherche.

■ Rapatriement des animaux

Si, à la suite d'un accident, l'équipe médicale d'assistance prend la décision de transférer ou de rapatrier médicalement le bénéficiaire, la garde, voire le rapatriement de l'animal (chien ou chat) l'accompagnant est organisé et pris en charge.

■ Rapatriement des enfants de moins de 15 ans

Si, à la suite d'un accident, personne n'est en mesure de s'occuper des enfants de moins de 15 ans du bénéficiaire restés sur place, G. A. met gratuitement à la disposition d'une personne résidant en France métropolitaine, désignée par le bénéficiaire ou un membre de sa famille, un billet aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile ou chez un proche désigné par le bénéficiaire en France métropolitaine.

S'il est impossible de joindre une des personnes désignées par le bénéficiaire, ou si celles-ci sont dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, G. A. envoie une hôtesse pour prendre les enfants en charge et les ramener à la garde de la personne désignée par le bénéficiaire.

■ Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé

S'il est hospitalisé pour une durée inférieure ou égale à 10 jours et si son état ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, G. A. organise le séjour à l'hôtel d'un membre de sa famille ou d'une personne qu'il désigne se trouvant déjà sur place et qui reste à son chevet, et prend en charge ces frais imprévus réellement exposés jusqu'à un maximum de 31 € TTC par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 305 € TTC.

G. A. prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Si l'hospitalisation sur place doit dépasser 10 jours et si personne ne reste à son chevet, G. A. met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne qu'il désigne, un billet aller et retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste, afin de se rendre auprès de lui, ceci uniquement au départ de France métropolitaine, Andorre et Monaco.

G. A. organise le séjour à l'hôtel de cette personne et prend en charge ces frais réellement exposés, jusqu'à un maximum de 31 € TTC par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 305 € TTC.

■ Frais médicaux à l'étranger

G. A. rembourse au bénéficiaire la partie des frais médicaux non pris en charge par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance.

Ce remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-dessous à condition qu'ils concernent des

soins reçus en territoire étranger à la suite d'un accident survenu sur ce territoire.

Le montant maximum de remboursement complémentaire de frais médicaux est de 4.574 € TTC par bénéficiaire, dès l'instant où ils sont engagés à l'étranger sur ordonnance médicale :

- honoraires médicaux,
- médicaments prescrits,
- soins dentaires à concurrence de 77 € TTC,
- frais d'hospitalisation,
- frais d'ambulance ordonnés par un médecin et après accord de G. A., pour un trajet se situant à l'intérieur du pays dans lequel l'accident est constaté,
- frais chirurgicaux.

Pour donner lieu à remboursement, toute hospitalisation et intervention chirurgicale doit être déclarée à G. A. dans les 48 heures.

Une avance peut être faite au bénéficiaire, dans la limite de ces 4.574 € TTC, pour le paiement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation.

Le bénéficiaire et ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels le bénéficiaire est affilié et à reverser immédiatement à G. A. toute somme perçue par lui à ce titre.

Le remboursement des sommes engagées par le bénéficiaire s'effectue sur présentation des pièces justificatives soumises préalablement à la Sécurité Sociale, à toute caisse d'assurance maladie et à tout organisme de prévoyance, déduction faite des prestations réglées directement par ces caisses et des avances consenties par G. A. à la demande du bénéficiaire et non encore remboursées.

Nota : la prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où G. A. est en mesure d'effectuer le rapatriement en France métropolitaine.

Ne donnent pas lieu au remboursement :

- les frais médicaux inférieurs à 15 € TTC,
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation consécutifs à un accident constaté médicalement avant la date de garantie,
- les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 77 € TTC,
- les frais engagés en France métropolitaine qu'ils soient ou non consécutifs à un accident survenu à l'étranger,
- les frais de rééducation,
- les frais consécutifs aux tentatives de suicide,
- les frais occasionnés par les conséquences physiques et psychiques de l'usage de stupéfiants ou drogues assimilées non ordonnées médicalement,
- les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer.

■ Prolongation de séjour à l'hôtel pour le bénéficiaire

En France comme à l'étranger, si son état ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire et qu'il ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue, G. A. prend en charge, s'il y a lieu, ses frais réellement exposés de prolongation de séjour à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet jusqu'à un maximum de 31 € TTC par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 305 € TTC par personne.

Lorsque son état de santé le permet, G. A. organise et prend en charge son retour et, éventuellement, celui de la personne qui est restée près de lui, si elle ne peut rentrer par les moyens initialement prévus.

b) Assurances diverses

■ Envoi de médicaments à l'étranger

G. A. prend toutes les mesures en son pouvoir pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, le bénéficiaire ne disposant plus de ces médicaments suite à un événement imprévisible, il lui est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Le coût de ces médicaments reste, dans tous les cas, à sa charge.

■ Retour prématuré du bénéficiaire

S'il doit interrompre son séjour, en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques de son conjoint ou concubin, d'un ascendant ou descendant, d'un frère ou d'une sœur, d'un beau-père ou d'une belle-mère, d'un gendre ou d'une belle-fille, d'un beau-frère ou d'une belle-sœur, G. A. met à sa disposition et prend en charge un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste, depuis le lieu de séjour jusqu'à son domicile ou jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre et Monaco.

G. A. met à sa disposition et prend en charge un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste pour regagner son lieu de séjour si cela s'avère indispensable pour permettre le retour du véhicule de l'assuré ou des autres bénéficiaires par les moyens initialement prévus.

c) Assistance psychologique

Cette prestation s'applique suite à un accident d'un bénéficiaire ayant entraîné une incapacité permanente.

G. A., sur simple appel téléphonique et selon l'avis médical du médecin traitant du bénéficiaire, est à la disposition du bénéficiaire pour mettre en relation ce dernier avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité.

Si nécessaire, G. A. prend en charge 5 heures d'intervention auprès d'un spécialiste désigné par le bénéficiaire.

L'ensemble des frais engagés pour cette prestation ne peut excéder 458 € TTC.

d) Assistance second avis chirurgical

Cette prestation s'applique suite à un accident d'un bénéficiaire ayant entraîné une incapacité permanente.

En cas de prescription d'une intervention chirurgicale suite à un accident, G. A. organise en France métropolitaine exclusivement l'orientation de l'assuré vers un spécialiste, si l'assuré souhaite obtenir un second avis médical relatif à l'intervention qu'il doit subir.

Si le spécialiste exerce à plus de 200 Km du domicile principal de l'assuré, les frais de transport de l'assuré seront remboursés à concurrence de 153 € TTC (par événement).

Les frais d'examens complémentaires restent à la charge de l'assuré.

e) Assistance recherche d'emploi

Cette prestation s'applique suite à un accident d'un bénéficiaire ayant entraîné une incapacité permanente.

G. A. communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- La conception du curriculum vitae et de la lettre de motivation,
- les tests de sélection,
- mise au point de campagnes de candidature spontanée : sélection d'entreprises (région, secteur, taille, métier...),
- les aides financières susceptibles d'être obtenues (ASSEDIC mais aussi spécifiques, régionales ou par type de public, aide des mutuelles et/ou caisse de retraites etc...),
- les formalités en cas de chômage : report des mensualités de prêt immobilier, étalement du paiement des impôts etc...,
- les adresses utiles : associations, syndicats professionnels, documentation, journaux et manifestations les plus utiles compte tenu de la recherche.

■ Pour l'orientation professionnelle, la carrière

- Les droits : conventions collectives, contrat de travail, code du travail, etc...
- Adresses utiles : centres de bilan, conseils en carrière, documentations.

■ La création d'entreprise

- Les aides susceptibles d'être obtenues,
- les différentes formes juridiques possibles,
- les adresses utiles : réseaux de créateurs, sociétés d'aides, etc...

■ La formation professionnelle

- La recherche d'une formation : stages, reprise d'étude, formule en alternance, auto-formation, cours par correspondance, etc...
- Informations pratiques et conseils personnalisés sur toutes les différentes formes de financement :
 - nationales, régionales,
 - dans le cadre d'un contrat de travail (plan de formation, congé individuel de formation...),
 - prêt bancaire,
 - aide individualisée (caisse d'allocations familiales, mutuelles, caisse de retraite, ASSEDIC...).

3 Règlement des sinistres

Pour le risque Assistance, il convient de se reporter à l'article 2.7

Art. 3.1 Déclaration du sinistre

L'assuré ou les bénéficiaires du contrat sont tenus de déclarer à l'assureur tout sinistre susceptible de mettre en jeu les garanties du présent contrat dans le délai maximum de CINQ JOURS ouvrés, calculés à partir du moment de la survenance de l'accident ou de sa connaissance.

Lors de sa déclaration, l'assuré ou les bénéficiaires du contrat doivent indiquer exactement les circonstances de l'événement, donner toutes précisions utiles sur le ou les tiers en cause, communiquer l'identité des témoins, indiquer si le sinistre a donné lieu à l'intervention des forces de police ou de gendarmerie et/ou celle des sapeurs pompiers, communiquer les coordonnées de son ou ses régimes de protection sociale et des autres assurances à caractère indemnitaire dont la garantie est susceptible d'intervenir au titre de l'événement.

Plus généralement, l'assuré ou les bénéficiaires du contrat doivent produire à l'assureur tout justificatif de nature à établir la survenance de l'accident, la réalité des préjudices subis et le lien de causalité entre ces préjudices et l'accident.

Dès la déclaration de l'événement, il doit en outre être transmis à l'assureur le certificat médical initial descriptif des blessures ou de constatation de décès.

Si l'assureur établit qu'il a subi un préjudice du fait d'un manquement à ces obligations, il sera en droit de retenir une portion de l'indemnité à verser à l'assuré ou aux bénéficiaires du contrat, sauf s'il est prouvé que le manquement est imputable à un cas fortuit ou de force majeure.

Art. 3.2 Autres obligations

3.2.1 En cas de décès de l'assuré

Les bénéficiaires doivent sans délai transmettre à l'assureur sur simple requête de ce dernier :

- tout document de nature à établir que le décès est en relation directe avec un accident garanti,
- l'attestation de décès délivrée par la Mairie, toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé, les factures acquittées des frais funéraires exposés, la justification des revenus nets perçus par la victime servant de base à la détermination des préjudices économiques éventuels, les notifications des capitaux et prestations servis aux ayants droit par les organismes sociaux, organismes de prévoyance collective ou individuelle, autres assureurs couvrant le même risque.

La production volontaire de documents erronés ou falsifiés entraîne la déchéance de la garantie.

En outre, l'assureur est en droit de résilier immédiatement le contrat.

3.2.2 En cas de blessures

L'assuré est tenu :

- de se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur et aux examens complémentaires qui pourraient éventuellement être prescrits dans ce cadre, la possibilité lui étant offerte de se faire assister par tout praticien de son choix. Le refus de l'assuré de se soumettre à l'examen médical entraîne la suspension de la garantie,
- de produire à l'assureur, sur simple requête de ce dernier, la justification de ses revenus nets perçus avant la date de l'événement garanti,
- de communiquer à l'assureur tous les éléments constitutifs de sa protection sociale, et lui transmettre la ou les notifications de toutes prestations servies par le ou les organismes débiteurs dès lors qu'elles ont été acceptées par lui.

La production volontaire de documents erronés ou falsifiés entraîne la déchéance de la garantie.

En outre, l'assureur est en droit de résilier immédiatement le contrat.

Art. 3.3 Règlement des litiges - Arbitrage

A défaut d'accord de l'assuré ou des bénéficiaires sur les conditions de mise en œuvre du contrat ou sur le montant de l'indemnité qui lui est proposée par l'assureur, et sous réserve du droit dont dispose toute partie intéressée d'intenter une action en justice, la résolution du différent peut être recherchée par la mise en œuvre d'une mesure d'arbitrage.

Chaque partie désigne son expert. En cas de désaccord entre les experts, les parties peuvent convenir de faire désigner un tiers expert par le Président du Tribunal de Grande Instance saisi aux frais de l'assureur par simple requête des deux parties ou d'une seule, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie conserve à sa charge les frais et honoraires de son expert, ceux du tiers expert désigné à l'amiable ou judiciairement sont partagés par moitié entre les parties.

Art. 3.4 Modalités de règlement

3.4.1 Les engagements de l'assureur

L'assureur présentera, dans un délai maximum de HUIT MOIS à compter de l'accident, une offre d'indemnité à l'assuré qui a subi une atteinte à la personne.

En cas de décès de l'assuré, l'offre est faite aux bénéficiaires.

L'offre, qui comprend tous les éléments indemnisables du préjudice garanti par le présent contrat, peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas, dans les trois mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime assurée pour autant qu'il soit médicalement établi que l'importance des séquelles définitives normalement prévisibles entraînera nécessairement une invalidité permanente au moment de la consolidation dont le taux sera supérieur à celui retenu au titre de la franchise contractuelle. L'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans le délai de CINQ MOIS suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

Le règlement des préjudices économiques et patrimoniaux reste toutefois subordonné à la production des créances définitives des organismes prestataires tels qu'organismes sociaux et de prévoyance, employeur, les retards éventuels imputables à ces derniers ne pouvant être opposés à l'assureur.

Le paiement par l'assureur de l'indemnité acceptée par l'assuré ou les bénéficiaires interviendra dans le délai maximum de UN MOIS suivant l'accord définitif.

3.4.2 Modalités de paiement des indemnités

Les indemnités dues au titre de l'application des garanties du présent contrat sont versées à l'assuré ou aux bénéficiaires sous forme d'un capital, selon les préconisations éventuelles du juge des tutelles lorsque le ministère de celui-ci est requis.

4 Dispositions administratives

Art. 4.1 Quelles déclarations doivent être faites ?

4.1.1 Déclarations à faire à la souscription

Le contrat est établi d'après les déclarations du preneur d'assurance et la cotisation en tient compte.

C'est pourquoi, à la souscription du contrat, le preneur d'assurance est tenu de répondre exactement à chaque question posée par l'assureur, notamment dans la proposition par laquelle l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge.

4.1.2 Déclarations à faire en cours de contrat

a) Le preneur d'assurance ou à défaut l'assuré doit déclarer à l'assureur toute circonstance nouvelle qui a pour conséquence, soit d'aggraver les risques, objet de l'assurance, soit d'en créer de nouveaux et qui rend inexacts ou caduques les réponses faites, notamment dans le questionnaire auquel il a répondu à la souscription du contrat.

b) Le preneur d'assurance ou l'assuré dispose de 15 jours pour faire cette déclaration. Ce délai part du jour de la connaissance de la circonstance nouvelle. La déclaration se fait par lettre recommandée.

Quand la circonstance nouvelle aggrave le risque de telle sorte que si le nouvel état de chose avait existé lors de la souscription ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas accepté de garantir ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée, l'assureur a droit par application de l'article L. 113-4 du Code des assurances :

- soit de mettre fin au contrat (résiliation),
- soit de proposer un nouveau montant de cotisation.

Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la fraction de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'est plus assuré.

Dans le second cas, si le preneur d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception par lui de la proposition de l'assureur n'y donne pas suite ou refuse expressément le nouveau montant de cotisation, l'assureur est en droit de résilier le contrat au terme de ce délai à condition d'avoir informé le preneur d'assurance de cette faculté en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

c) Quels sont les droits du preneur d'assurance en cas de diminution du risque ?

En cas de diminution du risque en cours de contrat, de telle sorte que si le nouvel état de chose avait existé lors de la conclusion du contrat, l'assureur aurait contracté moyennant une cotisation moins élevée, le preneur d'assurance peut lui demander une diminution du

montant de la cotisation (article L.113-4 du Code des assurances des Assurances). Si l'assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence, le preneur d'assurance pourra dénoncer le contrat dans les conditions prévues à l'article 4.3.

d) Conséquences du retard de déclaration d'une circonstance nouvelle

Lorsque la personne à qui incombe la déclaration fait cette déclaration en ne respectant pas le délai de quinze jours prévu à l'article 4.1.2 b l'assuré se verra opposer une déchéance de la garantie pour les sinistres survenus entre la date d'apparition de la circonstance nouvelle et la date de déclaration, SAUF dans les cas suivants :

- le non-respect a pour cause un cas fortuit ou de force majeure,
- le non-respect n'a causé à l'assureur aucun préjudice, la charge de la preuve incombant à l'assureur.

Les dispositions ci-dessus ne préjudicient pas au droit de l'assureur d'appliquer les dispositions de l'art. 4.1.3 en cas d'omission de déclaration de circonstances nouvelles aggravantes.

4.1.3 Conséquences d'une omission de déclarer une circonstance nouvelle

Conséquences d'une fausse déclaration d'une circonstance à la souscription ou en cours de contrat

Ainsi que le prévoient les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances :

a) L'assurance est nulle quand la personne à qui incombe l'obligation a sciemment déclaré une circonstance inexacte à la souscription ou en cours de contrat ou a omis avec l'intention de tromper l'assureur, une circonstance qu'elle devait déclarer en cours de contrat, en vertu des dispositions de l'article 4.1.2 entraînant ainsi pour l'assureur une mauvaise connaissance du risque.

L'assuré perd alors tout droit à la garantie pour les sinistres même sans relation avec l'objet de la déclaration omise ou inexacte.

En outre, l'assureur a le droit de demander le remboursement de toutes les sommes versées au titre des sinistres déjà réglés par application de ce contrat.

Bien qu'il soit dégagé de toute obligation de garantie, l'assureur conserve les cotisations échues à titre de dommages intérêts.

b) Quand la mauvaise foi de celui à qui incombe l'obligation de déclaration n'est pas établie, l'assurance n'est pas nulle mais l'omission ou la déclaration inexacte entraîne les conséquences suivantes

selon qu'elle est constatée avant ou après le sinistre.

Quand l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit de mettre fin au contrat (résiliation) ou de la maintenir moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le preneur d'assurance. Si le preneur d'assurance n'accepte pas l'augmentation de la cotisation, l'assureur est en droit de mettre fin au contrat.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre l'indemnité est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés. Le tarif pris pour base de cette réduction est celui applicable lors de la dernière échéance précédant le sinistre ou à défaut, le jour de la souscription du contrat. En outre l'assureur a les mêmes droits que ceux prévus au paragraphe précédent (résiliation ou augmentation de la cotisation).

4.1.4 Autres assurances

Le montant des garanties de même nature que celles accordées par le présent contrat dont bénéficie l'assuré est un élément qui permet à l'assureur d'apprécier les risques qu'il prend à sa charge et est donc un élément déterminant dans sa décision de contracter.

En conséquence, la souscription de toute nouvelle assurance ayant un objet identique à celui du présent contrat constitue une circonstance nouvelle soumise à l'obligation de déclaration prévue à l'article 4.1.2 et à l'ensemble des dispositions tant de l'article 4.1.2 que de l'article 4.1.3.

Art. 4.2 Quand le contrat est-il formé ? Quand l'assurance produit-elle ses effets ? Quelle est la durée du contrat ?

4.2.1 Formation du contrat

Le contrat est formé dès l'accord du preneur d'assurance et de l'assureur.

4.2.2 Date à partir de laquelle l'assurance produit ses effets

Les garanties du contrat ainsi conclu produisent leurs effets à la date prévue aux Dispositions Personnelles après la mention «Date d'effet et d'exigibilité de la première cotisation le :».

Ces dispositions sont également applicables en cas d'avenant.

4.2.3 Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an (sauf mention d'une autre durée aux Dispositions Personnelles). A l'expiration de cette durée le contrat est automatiquement reconduit d'année en année (sauf quand les Dispositions Personnelles prévoient qu'il est conclu sans tacite reconduction).

Art. 4.3 Résiliation - Cessation définitive des effets du contrat

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions suivantes :

Cause de la résiliation	Qui peut résilier ?	Date d'envoi de la lettre de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Convenance personnelle	Le preneur d'assurance et l'assureur	Au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle prévue aux Dispositions Personnelles. Toutefois, l'assureur ne pourra exercer ce droit de résiliation que pendant les deux premières années d'assurance.	A l'échéance annuelle prévue aux Dispositions Personnelles.
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle	Le preneur d'assurance et l'assureur	Le preneur d'assurance dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. L'assureur dans les 3 mois qui suivent l'envoi de la lettre du preneur d'assurance en informant l'assureur. Toutefois, l'assureur ne pourra exercer ce droit de résiliation que pendant les deux premières années d'assurance.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Redressement ou liquidation judiciaire du preneur d'assurance		Dans les 3 mois qui suivent la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.	Pour l'assureur : le jour où il reçoit la lettre de résiliation. Pour l'assuré : 10 jours après l'envoi par l'assureur de la lettre de résiliation.
Augmentation de tarif supérieure à l'évolution de l'indice	Le preneur d'assurance	Dans le mois qui suit la date où le preneur d'assurance a eu connaissance de cette augmentation.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Réduction des garanties ou augmentation des franchises supérieure à l'évolution de l'indice		Dans le mois qui suit la date où le preneur d'assurance en a eu connaissance.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Diminution du risque non suivie d'une diminution du montant de la cotisation		Dès que le preneur d'assurance a eu connaissance de cette diminution.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Résiliation par l'assureur d'un autre contrat d'assurance du preneur d'assurance après sinistre		Dans le mois qui suit l'envoi de la lettre de résiliation, par l'assureur d'un autre contrat du preneur d'assurance.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation du présent contrat.
Non-paiement des cotisations	L'assureur	Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.
Aggravation du risque		Dès que l'assureur en a connaissance.	10 jours après l'envoi par l'assureur de la lettre de résiliation.
Omission ou inexactitude dans la déclaration des risques		Dès que l'assureur en a connaissance, mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi par l'assureur de la lettre de résiliation.
Documents erronés ou falsifiés en cas de sinistre		Dès que l'assureur en a connaissance.	10 jours après l'envoi par l'assureur de la lettre de résiliation.
Après sinistre		Après que l'assureur a eu connaissance du sinistre. Toutefois, l'assureur ne pourra exercer ce droit de résiliation que pendant les deux premières années d'assurance.	1 mois après l'envoi par l'assureur de la lettre de résiliation.
Retrait total de l'agrément de l'assureur	Résiliation de plein droit		Le 40 ^e jour à midi à compter de la publication au journal officiel de la décision prononçant le retrait de l'agrément administratif de l'assureur.

Art. 4.4 Comment met-on fin au contrat ? Quel est le sort de la cotisation ?

4.4.1 Forme requise

a) La dénonciation par le preneur d'assurance, l'administrateur, le débiteur autorisé par le juge-commissaire ou le liquidateur doit être faite soit par lettre recommandée, soit par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite contre récépissé au Siège de notre société, ou auprès de la Direction régionale, ou au bureau de l'intermédiaire désigné par écrit.

b) La dénonciation par l'assureur doit être faite par lettre recommandée adressée au dernier domicile que le preneur d'assurance lui a déclaré au titre du contrat.

4.4.2 Date retenue

Les délais de préavis des dénonciations ainsi que les dates d'effet des résiliations sont décomptés ou déterminés à partir de :

- la date de compostage de la lettre recommandée par le bureau expéditeur de la Poste,
- la date du récépissé de la déclaration faite au Siège Social ou auprès de l'intermédiaire désigné par écrit,
- la date de la signification de l'acte extrajudiciaire.

4.4.3 Sort de la cotisation

Lorsqu'il est mis fin au contrat avant la date de son expiration normale, l'assureur rembourse au preneur d'assurance la portion de cotisation perçue d'avance pour la période d'assurance postérieure à la cessation des effets du contrat.

Cependant, l'assureur a le droit de conserver cette portion de cotisation à titre d'indemnité dans les cas où il est mis fin au contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations (article 4.5.3),
- à la suite de malversation en cas de sinistre.

Art. 4.5 La cotisation

4.5.1 Montant de la cotisation, date du paiement

Le montant de la cotisation nette annuelle et celui des frais accessoires sont indiqués aux Dispositions Personnelles. S'y ajoutent les impôts et taxes sur le contrat d'assurance.

Le montant de la cotisation nette augmenté des frais accessoires et des impôts et taxes est payable d'avance à la date fixée aux Dispositions Personnelles selon les modalités qui y sont prévues.

4.5.2 Lieu du paiement

La cotisation se paie au Siège de l'assureur ou au domicile de l'intermédiaire désigné par écrit.

4.5.3 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut en poursuivre le paiement en justice et, en outre, demander des dommages-intérêts.

Indépendamment de cette action, l'assureur peut se dégager provisoirement (suspension) ou définitivement (résiliation) de son obligation de garantie.

La suppression provisoire de la garantie du contrat (suspension) intervient 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée mettant le preneur d'assurance en demeure de payer, adressée au dernier domicile du preneur d'assurance connu de l'assureur.

Lorsque 10 jours de suppression provisoire de la garantie se sont écoulés sans paiement, l'assureur a le droit de résilier le contrat par notification faite au preneur d'assurance, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les effets du contrat cessent alors, dans le premier cas, le 41^{ème} jour à zéro heure de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure, et, dans le deuxième cas, dès l'envoi de la nouvelle lettre recommandée notifiant la résiliation du contrat.

En tout état de cause, la cessation définitive des effets du contrat ne peut intervenir avant le 40^{ème} jour à minuit de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Art. 4.6 Prescription

4.6.1 Ainsi que le prévoient les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances, toute action dérivant de ce contrat ne peut plus être exercée (prescription) par le preneur d'assurance, l'assuré ou l'assureur à l'expiration d'un délai de deux ans ayant pour point de départ le jour de l'événement lui donnant naissance.

Toutefois, en ce qui concerne les indemnités prévues en cas de décès de l'assuré, la prescription est de dix ans à l'égard des bénéficiaires.

4.6.2 Ce délai peut être interrompu dans les cas et conditions prévus à l'article L 114-2 du Code des assurances, à savoir :

- soit par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription ou par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- soit résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur au preneur d'assurance en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, ou, par le preneur d'assurance à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Art. 4.7 Quel est l'organisme qui contrôle l'assureur ?

La **Commission de Contrôle des Assurances**
54, rue de Châteaudun - 75009 PARIS

est chargée du contrôle de l'assureur.

