



**CONDITIONS GENERALES DE
LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**
Valant Notice d'information
Réf. : GAVCG-ECA122012

Version décembre 2012

ASSURANCE

GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

**. GARANTIES APPLICABLES AUX SOUSCIRPTEURS, A LEUR
CONJOINT ET LEURS ENFANTS DE MOINS DE 26 ANS**

**Conditions générales référence :
GAVCG-ECA122012**

Contrat géré par ECA-ASSURANCES

Siège social : 92/98 bld Victor Hugo – 92110 CLICHY

N° ORIAS 07 002 344 - S.A. au capital de 252.250 € - RCS NANTERRE B 402 430 276 – Code APE 6622 Z

Entreprise régie par le code des assurances. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des assurances.



**CONDITIONS GENERALES DE
LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**
Valant Notice d'information
Réf. : GAVCG-ECA122012

Version de décembre 2012

Votre contrat se compose des deux éléments suivants :

1 Les présentes conditions générales

Elles vous indiquent le fonctionnement de votre contrat, le contenu des garanties de base ainsi que les exclusions.

2. Les conditions particulières

Elles retracent les éléments personnels de votre contrat, vos déclarations, les garanties, clauses et annexes que vous avez souscrites.

SOMMAIRE

1 - Définitions	6
- 1.1 - Accident	6
- 1.2 - Assuré	6
- 1.3 - Assureur	6
- 1.4 - Bénéficiaire	6
- 1.5 - Consolidation (date de).....	6
- 1.6 - Echéance principale.....	6
- 1.7 - Franchise relative d'incapacité.....	6
- 1.8 - Frais d'aménagement du domicile et du véhicule.....	6
- 1.9 - Frais d'assistance d'une tierce personne.....	6
- 1.10 - Indemnisation en droit commun.....	6
- 1.11 - Incapacité permanente.....	6
- 1.12 - L'Assisteur.....	7
- 1.13 - Nous	7
- 1.14 - L'indice de revalorisation du salaire des fonctionnaires	7
- 1.15 - Préjudice économique (en cas de décès).....	7
- 1.16 - Préjudice moral (en cas de décès)	7
- 1.17 - Préjudices personnels.....	7
- 1.18 - Souscripteur	7
- 1.19 - Sports à risques	7
- 1.20 - Vous	7
2 - Objet du contrat	7
- 2.1 - Evénements garantis	7
2.1.1. Les accidents de la vie privée	7
2.1.2. Les accidents dus à des attentats, des actes de terrorisme, des infractions ou à des agressions.....	8
2.1.3. Les accidents médicaux	8
- 2.2 - Objet de la garantie.....	8
2.2.1. Principe d'indemnisation.....	8
2.2.2. Les postes de préjudices indemnifiables.....	8



**CONDITIONS GENERALES DE
LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**
Valant Notice d'information
Réf. : GAVCG-ECA122012

Version de décembre 2012

- 2.3 - Indemnisation minimum garantie	8
2.3.1. <i>En cas d'accident entraînant une incapacité permanente supérieure au taux de franchise mentionné aux Conditions Particulières</i>	8
2.3.2. <i>En cas d'accident entraînant le décès de l'assuré</i>	9
2.3.3. <i>Tableau récapitulatif de notre indemnisation minimum garantie</i>	9
- 2.4 - Plafonds de garanties	9
- 2.5 - Les personnes assurées	9
- 2.6 - L'étendue territoriale de vos garanties	9
- 2.7 - La période de validité de vos garanties	9
3 - Exclusions	9
- 3.1 - Exclusions communes aux garanties décès et incapacité permanente	9
- 3.2 - Exclusions applicables à la garantie incapacité permanente	10
4 - La vie du contrat	10
- 4.1 - Formation - Durée - Résiliation	10
4.1.1. <i>Quand le contrat prend-il effet ?</i>	10
4.1.2. <i>Quelle est la durée du contrat ?</i>	10
4.1.3. <i>Comment résilier le contrat ?</i>	10
4.1.4. <i>Forme de la résiliation</i>	12
4.1.5. <i>Date de l'envoi</i>	12
4.1.6. <i>Faculté de renonciation</i>	12
4.1.7. <i>Spécificité de la fourniture à distance du contrat</i>	13
- 4.2 - Vos déclarations.....	14
4.2.1. <i>Que devez-vous nous déclarer ?</i>	14
4.2.2. <i>Quelles formalités respecter lors de vos déclarations en cours de contrat ?</i>	14
- 4.3 - La prime	14
4.3.1. <i>Qu'advient-il si nous révisons le tarif applicable à ce contrat ?</i>	15
4.3.2. <i>Quand et où devez-vous payer la prime ?</i>	15
- 4.4 - Adaptation périodique de la prime et des garanties	15
5 - Le sinistre	15
- 5.1 - Vos obligations	15
5.1.1. <i>Que devez-vous faire en cas de sinistre ?</i>	16
5.1.2. <i>Selon quelles modalités ?</i>	16
5.1.3. <i>Quels renseignements devez-vous nous faire parvenir ?</i>	16

- 5.2 - Comment est évalué le préjudice ?	16
5.2.1. L'expertise médicale	16
5.2.2. Que faire en cas de litiges ?	17
5.2.3. Aggravation	17
5.2.4. Règles de non cumul des indemnités d'incapacité permanente et de décès	17
5.2.5. Règles de non cumul des prestations	17
5.2.6. Dans quels délais réglons-nous ?	18
6 - Dispositions diverses	18
- 6.1 - Assurances cumulatives	18
- 6.2 - Subrogation	18
- 6.3 - Prescription	18
- 6.4 - Information de l'assuré	18
6.4.1. Examen des réclamations et procédure de médiation	18
6.4.2. Autorité de contrôle	19
6.4.3. Droit d'accès aux informations enregistrées	19
7 - L'assistance	19
- 7.1 - Bénéficiaires	19
- 7.2 - Durée des garanties	20
- 7.3 - Couverture géographique	20
- 7.4 - Faits générateurs	20
- 7.5 - Modalités de mise en œuvre	20
- 7.6 - Exécution des prestations	20
- 7.7 - Prestations en cas d'hospitalisation	20
- 7.7.1. Garde ou transfert des enfants	20
- 7.7.2. Aide à domicile	21
8 - Prestations écoute et accompagnement	21
- 8.1 - Etude évaluation de la situation	21
- 8.1.1. Rôle du régulateur	21
- 8.1.2. Rôle de l'assistante sociale	21
- 8.1.3. Rôle du chargé d'informations juridiques	22
- 8.1.4. Rôle du médecin	22



**CONDITIONS GENERALES DE
LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**
Valant Notice d'information
Réf. : GAVCG-ECA122012

Version de décembre 2012

- 8.2 - Aide est assistance aux démarches	22
- 8.2.1. Les démarches à effectuer.....	22
- 8.2.2. Mise à dispositions des courriers types	22
- 8.2.3. Assistance dans la constitution des dossiers.....	22
- 8.3 - Préconisation	22
- 8.4 - Organisation et mise en place de la préconisation	22
- 8.5 - Accompagnement	23
9 - Assistance emploi.....	23
- 9.1 - Faits générateurs	23
- 9.2 - Domaine juridique	23
- 9.3 - Domaine, social.....	24
- 9.4 - Aide à la recherche d'emploi.....	24
- 9.5 - Limites de garanties	25
- 9.6 - Risques exclus	25
10 - Prestations dans le cadre d'un déplacement.....	25
- 10.1 - Conseil médical.....	25
- 10.2 -Transfert ou rapatriement sanitaire.....	26
- 10.3 - Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé	27
- 10.4 - Retour des enfants de moins de 15 ans	27
- 10.5 - Evacuation sur piste de ski	27
- 10.6 - Rapatriement de corps.....	28
11- Dispositions générales	28
12 - Exclusions	28

1 - DEFINITIONS

1.1 - Accident

Atteinte corporelle non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Nous considérons également comme accident :

- l'électrocution, l'hydrocution, la noyade ;
- les gelures, insolation ou asphyxie survenant par suite d'un événement fortuit ;
- l'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés.

Cas particuliers : les lésions internes, telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, etc... sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à vous.

1.2. Assure

La personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie et nominativement désignée aux Conditions Particulières.

1.3. Assureur

AREAS Dommages

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes

47/49 rue de Miromesnil

75380 PARIS cedex 08

Entreprise gérée par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'ACAM

1.4. Bénéficiaire

Toute personne physique justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès d'une personne assurée.

1.5. Consolidation (Date de)

Date à laquelle les lésions ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier un degré d'incapacité permanente dû à l'accident.

1.6. Echéance principale

Date qui marque le début d'une période annuelle d'assurance. Elle figure aux Conditions Particulières.

1.7. Franchise relative d'incapacité

Taux d'incapacité que vous avez choisi à la souscription du contrat pour lequel et à hauteur duquel nous n'intervenons pas. Par contre, si votre incapacité est strictement supérieure à ce taux, nous vous devons l'indemnité d'assurance en totalité.

1.8. Frais d'aménagement du domicile et du véhicule

Frais liés à l'incapacité permanente de la victime assurée dont l'état nécessite un aménagement de son domicile et/ou de son véhicule.

1.9. Frais d'assistance d'une tierce personne

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

1.10. Indemnisation en droit commun

Indemnisation fixée selon les règles applicables en France en matière de réparation des dommages corporels. Elle tient compte de la situation personnelle de la victime (sexe, âge, revenus, personnes à charge...) et des indemnités habituellement allouées par les tribunaux.



**CONDITIONS GENERALES DE
LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**
Valant Notice d'information
Réf. : GAVCG-ECA122012

Version de décembre 2012

1.11. Incapacité permanente

Réduction de façon permanente et définitive, totale ou partielle, de certaines fonctions physiques, psychosensorielles et/ou intellectuelles, appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident à l'état de santé antérieur à l'accident.

1.12. L'Assisteur

Les prestations sont mises en œuvre par AREAS Assistance France SAS – Pole CLMP, 54 rue de Londres – 75008 Paris, société par actions simplifiées au capital de 7 538 389.65 € - RCS PARIS 490 381 753 – Siret 490 381 753 00014 – Société de courtage d'assurances immatriculées à l'ORIAS sous le n° 07 026 669 – assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conforme aux articles L.512-6 et L.512-7 du code des Assurances.

Et assurée par Fragonard Assurances – Siege social : 2 rue de Fragonard, 75007 Paris cedex 17 – société anonyme au capital de 35 688 980 € - 479 065 351 RCS Paris – Siret : 479 065 351 00013 – entreprise régie par le code des Assurances et, ci après nommée L'Assisteur.

1.13. Nous

Désigne ECA-Assurances.

1.14. L'indice de revalorisation du salaire des fonctionnaires

Valeur de référence du contrat (base 100 en 2004) permettant de déterminer l'évolution des primes à chaque échéance.

1.15. Préjudice économique (en cas de décès)

Perte financière subie par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'assuré.

1.16. Préjudice moral (en cas de décès)

Souffrances affectives ressenties par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'assuré.

1.17. Préjudices personnels

- Souffrances endurées : douleurs physiques, psychiques ou morales éprouvées du fait des dommages corporels consécutifs à l'accident.
- Préjudice esthétique : disgrâces physiques subsistant après la consolidation.
- Préjudice d'agrément : impossibilité ou difficulté à poursuivre les activités d'agrément (à caractère sportif, de loisirs et culturel) de la même manière qu'avant la survenance de l'accident.

1.18. Souscripteur

Toute personne physique qui souscrit le contrat pour son compte ou le compte d'autrui. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

1.19. Sports à risques

- Plongée sous-marine.
- Sports aériens y compris ULM, parapente et deltaplane.
- Nautisme en inshore ou offshore.
- Spéléologie avec scaphandre.
- Alpinisme au dessus de 4000 mètres.

1.20. Vous

Selon les cas, désigne l'assuré ou le souscripteur.

2 - OBJET DU CONTRAT

2.1. Evènements garantis

Sont garantis au sens du présent contrat :

2.1.1 - Les accidents de la vie privée

Il s'agit d'accidents survenus à l'occasion d'activités domestique, touristique, scolaire, de loisirs et de sport.

Ce sont aussi les accidents subis lors d'événements exceptionnels comme les catastrophes naturelles et technologiques, les émeutes et mouvements populaires.

2.1.2 - Les accidents dus à des attentats, des actes de terrorisme, des infractions ou à des agressions

Lorsque ces derniers peuvent constituer un délit ou un crime au sens du Code pénal français et auxquels la personne assurée atteinte n'a pris intentionnellement aucune part (articles 706-3 et suivants du Code de Procédure Pénale).

2.1.3 - Les accidents médicaux

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

L'accident médical doit avoir 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.

Vous êtes notamment couvert en cas d'infection nosocomiale (toute maladie provoquée par des microorganismes contractée dans un établissement de soins).

2.2. Objet de la garantie

Nous indemnisons les préjudices résultant d'événements accidentels garantis qui surviennent dans le cadre de votre vie privée et aux conditions fixées ci-après.

2.2.1 - Principe d'indemnisation

La garantie revêt un caractère indemnitaire selon les règles du droit commun Français.

Elle a pour objet de réparer les préjudices que vous avez subis du fait de l'accident garanti et prend en compte les conséquences de l'accident sur la vie professionnelle de l'assuré.

Il est précisé que toute incapacité permanente inférieure ou égale au taux de franchise mentionné aux Conditions Particulières donnera lieu au règlement d'aucune indemnité.

Nous vous indemnisons en fonction de l'ampleur et de la gravité des préjudices subis.

2.2.2 - Les postes de préjudices indemnissables

Vous êtes indemnisé à hauteur des préjudices subis pour les postes suivants :

En cas d'accident entraînant le décès de l'assuré :

En cas de décès survenant immédiatement ou dans un délai d'un an des suites d'un accident garanti, nous versons au(x) bénéficiaire(s) une indemnité au titre :

- Du préjudice économique.
- Du préjudice moral.
- Des frais funéraires.

Les bénéficiaires qui ont intentionnellement provoqué l'accident sont exclus du bénéfice de la garantie.

En cas d'accident entraînant une incapacité permanente de l'assuré supérieure au taux de franchise mentionné aux Conditions Particulières :

Nous vous versons l'indemnité réparant l'incapacité permanente au titre :

- Du préjudice économique et physiologique,
- Des frais éventuels d'assistance d'une tierce personne,
- Des frais d'aménagement du domicile et du véhicule,
- Des préjudices personnels (souffrances endurées, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice sexuel).

2.3. Indemnisation minimum garantie

2.3.1 - En cas d'accident entraînant une incapacité permanente supérieure au taux de franchise mentionné aux Conditions Particulières

Nous vous versons une indemnité réparant l'incapacité permanente, évaluée selon les règles du droit commun, avec un **minimum garanti** correspondant au montant indiqué au tableau ci-après, multiplié par le taux d'incapacité déterminé par le médecin expert (cf. chapitre expertise médicale).

2.3.2 - En cas d'accident entraînant le décès de l'assuré

Nous versons au(x) bénéficiaire(s) une indemnité au titre du préjudice moral, évalué selon les règles de droit commun, avec un **minimum garanti** correspondant au montant indiqué au tableau ci-après.

2.3.3 - Tableau récapitulatif de notre indemnisation minimum garantie

GARANTIES	CAPITAUX EN FAVEUR DES ADULTES	CAPITAUX EN FAVEUR DES ENFANTS
Incapacité permanente (supérieure au taux de franchise mentionné aux Conditions Particulières)	76 225 euros	38 115 euros
Décès	15 245 euros	7 625 euros

2.4. Plafonds de garanties

- Pour un même événement, l'indemnité d'assurance ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, **1 million d'euros** par victime.
- Le plafond de garantie applicable à la prise en charge des frais funéraires est fixé à **4575 euros** par assuré décédé.
- Les frais d'aménagements de votre domicile et de votre véhicule, à partir du moment où ils sont médicalement nécessaires, sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un plafond de **45 735 euros** par victime et par événement.

2.5. Les personnes assurées

Ont la qualité d'assuré les personnes indiquées ci-après dès lors qu'elles ont moins de 65 ans au jour de l'accident et sous réserve d'être déclarées comme telles aux Conditions Particulières :

- Le souscripteur, ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit,
- Son conjoint, non séparé de corps ou de fait, son concubin ou concubine, son partenaire cosignataire d'un pacte civil de solidarité (PACS), vivants sous le même toit,
- Leurs enfants **légitimes fiscalement** à charge de moins de **26 ans**.

Toutes ces personnes (à l'exception des enfants fiscalement à charge qui font des études) doivent avoir leur résidence principale en **France**.

2.6. L'étendue territoriale de vos 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 pendant la période de validité du contrat.

Les garanties s'exercent dans le reste du monde pour les séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

2.7. La période de validité de vos garanties

- L'accident médical garanti est celui dont la première manifestation se révèle pendant la période de garantie sous réserve que le fait générateur du dommage soit postérieur au **01/01/2000**.
- Pour tout autre événement accidentel, la garantie est acquise à la condition que l'accident (fait générateur) se soit produit et ses conséquences (dommage corporel) se soient réalisées entre le jour de prise d'effet de la garantie et, selon les cas, la date de résiliation du contrat ou la date de cessation de plein droit de la garantie.

3 - EXCLUSIONS

3.1. Exclusions communes aux garanties décès et incapacité permanente

Sont exclus les accidents corporels :

- Causés par les maladies, leurs suites et conséquences.
- Subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le code de la Sécurité Sociale.
- Intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré.
- Résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, un délit, à des actes de vandalisme, émeutes, attentats, actes de terrorisme, à des mouvements populaires ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.
- Occasionnés par la guerre civile ou étrangère,
- 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, de radiation par accélération artificielle de particules.
- Résultant des expérimentations biomédicales.
- Résultant de la pratique rémunérée de sports, de la pratique de sports à titre professionnel ou de sports en qualité d'amateurs ayant le statut de haut niveau reconnu par une fédération.
- Résultant de la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur.

3.2. Exclusions applicables à la garantie incapacité permanente

Sont exclus les accidents corporels :

- Résultant de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement.
- Survenant lors de la conduite de tout véhicule terrestre à moteur alors que l'assuré est en état d'ivresse, sous l'emprise de stupéfiants de nature à modifier son comportement ou lorsqu'il présente un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux fixé par les Pouvoirs Publics et en vigueur au jour de l'accident sauf s'il est établi que l'accident est sans rapport avec ces états.

4 - LA VIE DU CONTRAT

4.1. Formation - Durée - Résiliation

Le contrat est régi par le Code des Assurances selon les modalités prévues aux articles précisés dans le texte qui suit :

4.1.1 - Quand le contrat prend-il effet ?

Votre contrat est parfait dès signature par les parties ou dès le paiement de la première prime et il produit ses effets à partir de la date indiquée aux Conditions Particulières.

4.1.2 - Quelle est la durée du contrat ?

Votre contrat est conclu pour la durée indiquée aux Conditions Particulières par une mention en caractères très apparents figurant juste au-dessus de votre signature. Sauf conditions contraires, il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire du contrat sauf résiliation par l'une des parties.

4.1.3 - Comment résilier le contrat ?

Votre contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués au tableau ci-après :

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Faculté annuelle de résiliation		Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale prévue aux Conditions Particulières	Au jour de l'échéance principale à 0 heure
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art L113-6)	VOUS ET NOUS*	VOUS : dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement NOUS : dans les 3 mois qui suivent l'envoi de votre lettre nous en informant	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation
Augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique ou réglementaire	VOUS	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation
Réduction de vos garanties		Dans le mois qui suit la date où vous en avez eu connaissance	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation
En cas de diminution du risque et que nous ne réduisons pas votre prime en conséquence (art L113-4)		Dès que vous avez eu connaissance de cette diminution	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (art R113-10)	VOUS	Dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation du contrat résilié	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation
Redressement ou liquidation judiciaire (art L113-6)	L'ADMINISTRATEUR OU LE LIQUIDATEUR ET NOUS	Dans les 3 mois à partir de la date de redressement ou de liquidation	L'administrateur ou le liquidateur : le jour de l'envoi de la lettre de résiliation Nous : 1 mois après l'envoi de notre lettre de résiliation

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation	
Non paiement des primes (art L113-3)	NOUS*	Au plus tôt 10 jours après l'échéance	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation	
Aggravation du risque		Dès que nous en avons connaissance	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation. Résiliation inopérante si nous avons continué à percevoir des primes ou payé une indemnité après sinistre.	
Après sinistre. De votre côté, vous avez le droit de résilier vos autres contrats auprès de notre société (art R113-10)				1 mois après l'envoi de notre lettre de résiliation
Omission ou inexactitude de bonne foi dans la déclaration des risques (art L113-9)			Dès que nous en avons connaissance mais avant tout sinistre	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation
Retrait total de l'agrément	RESILIATION DE PLEIN DROIT		Le 40 ^{ème} jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société	
L'assuré atteint l'âge limite de garantie (65 ans)			A l'échéance principale qui suit l'anniversaire	
L'assuré ne remplit plus les conditions requises pour la qualité d'assuré			Au jour où il ne remplit plus les dites conditions	

* Conformément aux Conditions de la loi n°89-1009 dite loi Evin, nous renonçons à notre faculté de résiliation après l'expiration du délai de 2 ans à compter de la date de souscription du contrat.

4.1.4 - Forme de la résiliation

- Lorsque la résiliation est de **votre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée avec Accusé de réception ou par déclaration faite contre récépissé au siège ou chez le représentant de notre Société, ou par un acte extra judiciaire,
- Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernier domicile connu.

4.1.5 - Date de l'envoi

Pour **Vous** : la date retenue est la date d'expédition, le cachet de la poste faisant foi.

Pour **Nous** : la date retenue est la date de réception chez vous de la lettre de résiliation.

1. FACULTE DE RENONCIATION

(Article L 112-9 du Code des Assurances)

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances :

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée 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 pénalité.



**CONDITIONS GENERALES DE
LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**
Valant Notice d'information
Réf. : GAVCG-ECA122012

Version de décembre 2012

La lettre recommandée avec demande d'avis de réception – voir modèle ci-dessous – doit être adressée à l'intermédiaire dont dépend le contrat ou à l'Assureur.

Toute lettre recommandée adressée à une entité juridique autre sera dépourvue de tout effet.

Modèle de lettre :

Coordonnées du Souscripteur

Nom Prénom : _____

Adresse : _____

Commune : _____

Code Postal : _____

Contrat d'assurance n°

Date de souscription :/...../.....

Montant de la prime réglée : _____ €

Le/...../.....

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances, j'entends par la présente renoncer à la police d'assurance n° que j'ai souscrite en date du/...../.....

Je souhaite donc que le contrat précité soit résilié à compter de la date de réception de la présente.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Signature

Adresse où envoyer la renonciation par lettre recommandée

ECA ASSURANCES Service résiliation BP 83 92115 CLICHY Cedex

2. SPECIFICITE DE LA FOURNITURE A DISTANCE DU CONTRAT

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'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, conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 du code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnées dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats.
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

En cas de fourniture d'opération d'assurance à distance, le souscripteur doit recevoir de l'assureur ou de l'intermédiaire d'assurance, par écrit ou sur un autre support durable en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L. 112-2-1 III du code des Assurances.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

En cas de fourniture d'opération d'assurance à distance, le souscripteur dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L 112-2-1 du code des Assurances. Il peut renoncer au contrat dans un délai de quatorze jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités.

Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
- b) Soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point « a) ».

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment :

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

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.

Dans ce cas, le souscripteur qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. Le montant ainsi dû est calculé selon la règle suivante :

Montant de la cotisation annuelle figurant aux conditions particulières du contrat, hors frais de gestion / 365 X nombre de jours garantis.

Lorsque le souscripteur dispose d'un droit de renonciation et qu'il souhaite le mettre en œuvre, il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et la renvoyer dûment complétée et signée [par lettre recommandée avec accusé de réception] à l'assureur au plus tard 14 jours à compter de la conclusion du contrat d'assurance ou du jour où le souscripteur a reçu les conditions générales du contrat et les informations conformément à l'article L121-20-11 du code de la consommation. Si cette dernière date est postérieure à la conclusion du contrat :

« Je soussigné (nom, prénom).....demeurant...(adresse du souscripteur)....., déclare renoncer au contrat d'assurance n°... (Inscrire le numéro figurant sur les CP .) que j'avais souscrit lepar l'intermédiaire de (Nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat).

Date

Signature du souscripteur. »

4.2. Vos déclarations

Votre contrat est établi d'après vos déclarations et la prime est fixée en conséquence.

4.2.1 - Que devez-vous nous déclarer ?

1. A LA SOUSCRIPTION

- Afin de nous permettre d'apprécier les risques que nous prenons en charge, vous devez répondre exactement à toutes les questions que nous vous posons, par lettre, questionnaire, proposition d'assurance ou tout autre moyen, comme l'article L 113-2 du Code des Assurances vous en fait l'obligation.

2. EN COURS DE CONTRAT

- Dans les quinze jours où vous en avez eu connaissance, toute modification aux réponses fournies lors de la souscription du contrat, à l'exception de celles relatives à votre état de santé, afin de procéder à son adaptation éventuelle.

Vous devez notamment nous déclarer impérativement tout changement de la situation personnelle ou familiale de nature à modifier le risque (en cas de modification de la cellule familiale déclarée à la souscription).

- Qu'advient-il si ces modifications constituent :
 - Une aggravation de risques : nous pouvons soit résilier le contrat dix jours après notification, avec ristourne de la prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, soit vous proposer un nouveau montant de prime. Dans ce dernier cas, si dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, vous n'y donnez pas suite ou la refusez expressément, nous pourrions à l'expiration de ce délai résilier le contrat.
 - Une diminution de risques : nous diminuerons la prime en conséquence ; à défaut de cette diminution, vous pouvez résilier le contrat moyennant préavis de 30 jours, et nous vous ristournons la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

3. A LA SOUSCRIPTION OU EN COURS DE CONTRAT

- Autres contrats dont vous êtes titulaires couvrant tout en partie des mêmes risques

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de vous, entraînent l'application des sanctions prévues, suivant le cas, aux articles L 113-8 (nullité du contrat) ou L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

4.2.2 - Quelles formalités respecter lors de vos déclarations en cours de contrat ?

Dans tous les cas, la déclaration doit être faite soit par lettre recommandée, soit verbalement contre récépissé, au Siège ou sur votre espace client sur notre site internet après identification.

4.3. La prime

La prime est fixée en fonction :

- De vos déclarations.
- De l'existence d'un seul assuré ou de plusieurs assurés au contrat.
- Du taux de franchise indiqué aux Conditions particulières.

4.3.1 - Qu'advient-il si nous révisons le tarif applicable à ce contrat ?

Si pour des raisons techniques ou réglementaires, nous sommes amenés à majorer les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la prime en sera modifiée dès la première échéance annuelle suivant cette modification.

Nous vous en informerons par une mention très apparente figurant sur l'avis d'échéance ou la quittance.

Vous disposez alors d'un délai d'un mois, à compter de la date à laquelle vous en avez eu connaissance, pour résilier le contrat, la résiliation prenant effet un mois après l'envoi de votre demande.

Nous aurons droit dans ce cas à la portion de prime qui aurait été due, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date de prise d'effet de la résiliation.

A défaut de résiliation, nous considérerons que vous avez accepté la nouvelle prime.

4.3.2 - Quand et où devez-vous payer la prime ?

La prime et ses accessoires, ainsi que les impôts et taxes y afférents, sont à payer au plus tard dix jours après la date d'échéance indiquée aux Conditions Particulières.

Si vous ne payez pas la prime dans ce délai, nous pouvons, indépendamment de notre droit de vous poursuivre en justice, vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure à votre dernier domicile connu. Les garanties de votre contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

Nous avons le droit de résilier votre contrat dix jours après l'expiration du délai de quarante jours précité, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit dans une nouvelle lettre recommandée (art. L 113-3).

Dans ce cas, nous sommes en droit de conserver, à titre de dommages et intérêts, la portion de prime correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Cette suspension et cette résiliation ne vous dispenseront pas du paiement de la prime dont vous êtes redevable, ni de celui des frais de mise en demeure et des intérêts moratoires au taux légal, dus à compter de la date d'expédition de la lettre de mise en demeure initiale.

Le paiement s'effectue à notre siège social ou par tout moyen de paiement disponible sur votre espace client après identification..

4.4. Adaptation périodique de la prime et des garanties

Les montants minima garantis, le plafond de garantie et les primes nettes évoluent, à chaque échéance annuelle, proportionnellement à la variation de la valeur de l'indice de revalorisation du salaire des fonctionnaires.

Cette variation sera déterminée par le rapport existant entre la valeur de l'indice dite "Indice d'Echéance" et sa valeur dite "Indice de Référence".

- Par Indice d'Echéance, il faut entendre :

- La dernière valeur de l'indice de revalorisation du salaire des fonctionnaires connue au moins un mois avant le premier jour du mois de l'échéance considérée.

- Par Indice de Référence, il faut entendre :

- Soit la plus récente valeur de l'indice de revalorisation du salaire des fonctionnaires, connue au jour de la souscription du contrat.
- Soit, dans le cas où plusieurs modifications de la prime sont intervenues depuis la souscription, la valeur qui a servi de base pour la dernière de ces modifications.

Si une nouvelle valeur de l'indice n'était pas publiée dans les deux ans 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.

Au cas où l'indice d'échéance atteindrait le double de l'indice de référence, chaque partie aura la faculté de résilier le présent contrat à compter de la prochaine échéance annuelle par lettre recommandée adressée à l'autre partie un mois au moins avant cette échéance.

5 - LE SINISTRE

5.1. Vos obligations

5.1.1 - Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Tout événement susceptible d'engager notre garantie doit nous être déclaré dans un délai de 5 jours ouvrés à partir du moment où vous en avez eu connaissance. En cas de décès, ce délai est porté à 30 jours ouvrés en faveur du ou des bénéficiaires désignés au contrat.

La déclaration mentionnera :

- Les noms, prénom et domicile de l'Assuré.
- Le numéro du présent contrat.
- La date de l'accident.

Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que le retard nous aura causé un préjudice.

5.1.2 - Selon quelles modalités ?

Soit par écrit (de préférence par lettre recommandée), soit verbalement contre récépissé, au Siège ou sur votre espace client sur notre site internet après identification.

5.1.3 - Quels renseignements devez-vous nous faire parvenir ?

Vous devez nous fournir tous les renseignements sur le lieu, les causes et circonstances de l'accident, ainsi que les conséquences connues ou supposées :

- Les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu ;
- Tous les documents tels que : certificats médicaux nécessaires à l'évaluation du sinistre et au calcul des sommes que nous pourrions être amenés à vous verser ;
- En cas de décès : l'acte de décès, une fiche familiale d'état civil, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin, l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

Si vous ne respectez pas tout ou partie des obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous serons en droit de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part ou de celles de vos ayants-droit, de même que la production frauduleuse de documents inexacts ou mensongers sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre entraînent la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause. S'il y a eu règlement au titre de ce sinistre, le sinistre doit nous en être remboursé.

5.2. Comment est évalué le préjudice ?

5.2.1 - L'expertise médicale

1. EN CAS D'INCAPACITE PERMANENTE SUPERIEURE AU TAUX DE FRANCHISE MENTIONNE AUX CONDITIONS PARTICULIERES

Le taux d'incapacité subsistant après la consolidation des blessures est fixé par un médecin diplômé de la réparation des dommages corporels désigné par nous.

Cette évaluation médicale est faite sur la base du "barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par le Concours Médical (édition 2001).

Le médecin expert détermine si vous avez besoin de l'assistance d'une tierce personne. Il en fixe la durée et la nature.

Le médecin expert qualifie les souffrances endurées (pretium doloris) et, après consolidation, le préjudice esthétique. Il donne un avis médical motivé sur les éléments relatifs aux troubles fonctionnels constitutifs du préjudice d'agrément.

Si vous le souhaitez, vous pouvez vous faire assister par un médecin de votre choix ; les frais et honoraires de ce médecin restant à votre charge exclusive.

Le médecin expert doit vous adresser un double du rapport de l'expertise médicale dans les vingt jours suivant l'examen.

Attention : pour permettre l'évaluation du taux, vous devez accepter de vous soumettre à tout examen médical que nous requérons.

Toute réticence à vous soumettre à l'examen médical, sauf refus dûment justifié, entraîne la déchéance de tous droits à l'indemnité après mise en demeure donnée par nous 48 heures à l'avance par lettre recommandée.

2. EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

Nous évaluons, selon la pratique du droit commun, les éventuels préjudices économiques et moraux subis par le bénéficiaire ou les bénéficiaires.

La prise en charge des frais funéraires concerne les frais réellement déboursés pour les obsèques de la victime décédée.

5.2.2 - Que faire en cas de litiges ?

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

- Chacun de nous a choisi son propre expert : si les deux experts ne sont pas d'accord entre eux, ils s'en adjoignent un troisième ; les trois experts opèrent alors en commun et à la majorité des voix.
- Si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation de celui-ci est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de votre domicile, sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.
- Chacun de nous supportera la totalité des frais et honoraires de son expert et la moitié de ceux du troisième expert.

5.2.3 - Aggravation

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

Concrètement deux cas sont possibles :

- Soit le taux initial d'incapacité était inférieur ou égal au taux de franchise, mais suite à l'aggravation de votre état, le taux dépasse à présent ce seuil, alors vous serez indemnisé pour la globalité du préjudice.
- Soit vous avez été indemnisé une première fois car votre taux était supérieur au taux de franchise, alors vous recevrez un complément d'indemnisation égal au différentiel de taux multiplié par le coût du point de l'incapacité permanente finale.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie (cf. chapitre plafond de garantie, page 7).

Si l'indemnité due à la suite de l'aggravation de votre état s'avérait inférieure à celle qui vous a déjà été réglée, celle-ci vous restera acquise.

5.2.4 - Règles de non cumul des indemnités d'incapacité permanente et de décès

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité due au titre de la garantie Incapacité permanente, l'assuré décède des suites du même accident dans le délai d'un an, les indemnités dues au titre de la garantie décès ne seront versées que déduction faite des sommes déjà réglées par nous au titre de la garantie Incapacité permanente.

Si ces indemnités sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux bénéficiaires.

5.2.5 - Règles de non cumul des prestations

Nous vous indemnisons toujours sous déduction 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.

L'indemnité ne se cumule pas avec des prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires d'un tiers responsable et/ou de son assureur, d'un organisme visé par les articles 29 à 33 de la loi n° 85-677 du 5 Juillet 1985, au titre des mêmes chefs de préjudices.

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

5.2.6 - Dans quels délais réclons-nous ?

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

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive mais estime que l'incapacité permanente directement imputable à l'accident dépassera le seuil de franchise mentionné sur vos Conditions Particulières, une offre provisionnelle doit être faite dans le mois suivant la communication qui nous sera faite du rapport de l'expertise médicale.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de l'offre.

6 - DISPOSITIONS DIVERSES

6.1. Assurances cumulatives

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, vous devez nous déclarer l'existence de tous autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant tout ou partie le même risque.

Dans ce cas, chaque assureur contribue proportionnellement à l'indemnisation du préjudice subi dans la limite de leurs engagements.

Si votre préjudice n'a pas été réglé préalablement à notre intervention, nous procédons à l'indemnisation selon les règles du présent contrat et exerçons un recours à l'encontre du ou des autres assureurs.

6.2. Subrogation

Par application des règles de la subrogation contractuelle ou légale, nous sommes subrogés dans les droits et actions de l'assuré ou du ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son assureur à hauteur des sommes que nous avons versées au titre du présent contrat.

La garantie ne jouera plus en votre faveur si, de votre fait, nous ne pouvons plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

6.3. Prescription

Toutes les actions concernant ce contrat, qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (Article L 114-1 du Code des Assurances).

Ce délai est porté à 10 ans :

- En ce qui concerne la garantie "Décès ou Incapacité Permanente", lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par :

- Désignation d'expert.
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous en ce qui concerne le paiement de la prime et par vous en ce qui concerne le règlement d'un sinistre.
- Saisine d'un tribunal même en référé.
- Toute autre cause ordinaire.

6.4. Information de l'assuré

6.4.1 - Examen des réclamations et procédure de médiation

Si vous avez des réclamations à formuler au sujet du présent contrat, adressez-vous en priorité à ECA-Assurances qui s'engage à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

En cas de désaccord ou de non réponse suite à votre première demande, vous pouvez adresser une réclamation en reproduisant les références du dossier, par courrier exclusivement accompagné de la copie des pièces se rapportant à votre dossier, en exposant précisément vos attentes au service ci-après :

AREAS Assurances
Service médiation
47/40 rue de Miromesnil
75380 PARIS cedex 08

6.4.2 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'ACAM (Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles).61, rue de Taitbout – 75009 PARIS

6.4.3. Droit d'accès aux informations enregistrées (Loi du 6 janvier 1978)

Le souscripteur peut demander à l'assureur communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de l'assureur, ses mandataires et des réassureurs, et organismes professionnels, en écrivant à l'adresse suivante :

AREAS ASSURANCES
47/40 rue de Miromesnil
75380 PARIS cedex 08

7- ASSISTANCE

Abonnement réservé aux assurés par contrat garantie des accidents de la vie

Pour contacter Mondial Assistance du 1^{er} janvier au 31 décembre sans interruption 24 heures sur 24.
Les services d'informations sont joignables du lundi au samedi de 9h00 à 20h00

Par téléphone :

01 49 93 73 83

Depuis l'étranger : Le numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du :

33 (1) 49 93 73 83

Par télécopie au :

01 48 97 12 13

Lors du premier appel l'assuré doit :

- Rappeler son numéro de contrat
- Préciser ses noms et adresse
- Indiquer le pays, la ville ou la localité dans lesquels il se trouve
- Préciser l'adresse exacte (numéro, rue, hôtel éventuellement etc. ...) et surtout le numéro de téléphone ou l'Assisteur pourra le joindre.
- Noter le numéro d'assistance qui lui sera communiqué lors de son premier appel et le rappeler systématiquement lors de toutes ses relations ultérieures avec l'Assisteur.

7.1. Bénéficiaires

Sont couverts par la présente convention :

En formule famille

- Le sociétaire, souscripteur du contrat,
- Son épouse ou son époux, non séparé(e) de corps ou de fait,
- Sa concubine ou son concubin, ainsi que la personne ayant conclu un PACS avec le sociétaire,
- Leurs enfants légitimes, naturels ou adoptifs, lorsqu'ils sont fiscalement à charge même si ils vivent hors du domicile de l'assuré, s'ils sont étudiants ou handicapés physiques ou mentaux (titulaire d'une carte d'invalidité).

En formule individuel

- La personne nommément désignée aux conditions particulières sur laquelle s'exercent les garanties du contrat

Résident en France métropolitaine

7.2. Durée des garanties

La garantie assistance suit le sort du contrat d'assurance souscrit, auquel elle est annexée.

7.3. Couverture géographique

La présente convention d'assistance s'applique en France métropolitaine, Monaco et Andorre.

Pour les prestations médicales, dans le cadre d'un déplacement de moins de 90 jours dans le monde entier, à partir d'un rayon de 50 Km du domicile habituel.

7.4. Faits générateurs

Les prestations définies par la présente convention sont acquises en cas d'accident couvert au titre du contrat d'assurance « garantie des accidents de la vie ».

7.5. Modalités de mise en oeuvre

Les services de l'Assisteur interviennent sur simple appel téléphonique ou à réception d'une télécopie. Les frais que le bénéficiaire sera amené à engager pour appeler l'Assisteur, sont remboursés sur envoi des pièces justificatives originales.

7.6. Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire n'est remboursée par l'Assisteur. De plus il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

7.7. Prestations en cas d'hospitalisation (en milieu hospitalier ou a domicile) ou d'immobilisation au domicile de plus de 10 jours

7.7.1. Garde ou transfert des enfants

Si l'état du bénéficiaire le justifie et qu'il a la garde de ses enfants (ou petits enfants) de moins de 15 ans.

L'Assisteur lui propose l'organisation et la prise en charge d'une assistante maternelle compétente à domicile pour **une période de 7 jours, à raison de 10 heures par jour.**

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

Dès l'appel, l'Assisteur, met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande.

Toutefois, L'Assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistance maternelles agréées.

L'Assisteur propose également au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge :

Soit du voyage des enfants (ou petits enfants de moins de 15 ans) jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, MONACO ou ANDORRE ;

Soit du transport aller et retour (en train 1ere classe ou avion classe économique si ce seul moyen peut être utilisé) de ce proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la précédente.

7.7.2. Aide à domicile

Après une hospitalisation de plus de 4 jours ou une immobilisation au domicile (de plus de 10 jours médicalement justifiée consécutive à un accident garanti) du sociétaire ou de son conjoint, l'Assisteur met à sa disposition une aide à domicile à concurrence **d'un maximum de 45 heures dans les 21 jours calendaires** suivant le retour au domicile ou à la date de survenance de l'accident garanti.

8 - PRESTATIONS ECOUTE ET ACCOMPAGNEMENT

Domaine d'application

Cette garantie intervient notamment suite à :

- Une hospitalisation ;
- Une complication temporaire ;
- Une perte d'autonomie potentielle, permanente ou temporaire ;
- Une perte d'autonomie avérée.

Elle a pour mission :

- D'informer le bénéficiaire ;
- D'évaluer ses besoins ;
- D'analyser sa situation ;
- De proposer des solutions et des moyens de mettre à mettre en œuvre ;

Le bénéficiaire dispose d'une équipe de spécialistes qui peuvent être :

- Un chargé d'assistance régulateur ;
- Une assistante sociale ;
- Un médecin ;

Ceux-ci lui fournissent des informations médicales, sociales et juridiques liées au domaine social.

8.1. Etude, évaluation de la situation

L'équipe grâce à ses spécialistes analyse les conséquences de l'aléa de santé et recherche les moyens d'y faire face.

8.1.1. Rôle du régulateur

Le régulateur est l'interlocuteur privilégié du bénéficiaire. Il s'appuie sur les compétences des autres spécialistes du service afin :

De détecter les difficultés auxquelles le bénéficiaire est confronté
D'analyser sa situation tant au niveau des aides nécessaires au quotidien (transport, hébergement, aide à domicile...) qu'aux moyens de les financer.

8.1.2. Rôle de l'assistante sociale

L'assistante sociale apporte son soutien logistique par sa connaissance des droits aux prestations, des démarches administratives et des dossiers sociaux à constituer.

Elle établit avec le bénéficiaire un bilan budgétaire permettant d'une part de déterminer les ressources existantes ou potentielles dont il dispose, et d'autre part, d'évaluer les dépenses destinées à la mise en place des services à mettre en œuvre.

8.1.3. Rôle du chargé d'informations juridiques

Afin d'aider l'assistante sociale dans son analyse budgétaire, il l'assiste sur toutes les aides mises en place par la législation et sur les moyens et modalités pour ne bénéficier.

8.1.4. Rôle du médecin

Le médecin a pour fonction d'analyser, de préconiser et de proposer les différentes solutions adaptées et existantes en prenant en compte les contingences et impératifs de l'état de santé du bénéficiaire.

Le médecin privilégie les structures locales compétentes. A défaut, elles seront régionales ou nationales. Ces solutions respecteront toujours la déontologie médicale.

Ce médecin peut être amené à consulter le (ou les) médecin(s) traitant(s) afin de mieux cerner les solutions.

Chacun des spécialistes du service est soumis au secret professionnel, aucun d'entre eux ne peut se substituer aux intervenants habituels : médecin traitant

8.2. Aide et assistance aux démarches

Après l'étude définie ci-avant et en fonction des besoins analysés, les spécialistes du service déterminent les différents moyens, notamment budgétaires, dont pourrait disposer le bénéficiaire.

8.2.1. Les démarches à effectuer

Le service lui expose les démarches administratives ou médicales à effectuer. Il indique où et comment se procurer les documents nécessaires ainsi que le délai pour les obtenir.

8.2.2. Mise à disposition de courrier types

Afin de faciliter et d'accélérer les demandes, le service met à la disposition du bénéficiaire des courriers types nécessaires, pour formuler sa demande vis-à-vis des différents organismes.

8.2.3. Assistance dans la constitution des dossiers

A la demande du bénéficiaire et pour son compte exclusivement, le service peut contacter les différentes structures ou administrations afin d'obtenir les documents nécessaires et pouvoir envisager l'obtention des aides.

Il peut également organiser pour son compte les différents rendez-vous et consultations.

8.3. Préconisation

Suite à l'évaluation de la situation du bénéficiaire, le service sera amené à lui préconiser des solutions adaptées qui lui seront explicitées.

L'ensemble des propositions constitue la préconisation que le bénéficiaire est libre d'accepter ou non, et ce, en tout ou partie. La préconisation comporte deux volets : les aides et le financement.

8.4. Organisation et mise en place de la préconisation

Le service grâce à ses réseaux dispose de l'ensemble des moyens afin de mettre en place les solutions proposées et acceptées.

Ces moyens se déclinent dans les domaines tels que :

- Le transport : ambulance, V.S.L., taxi, train, ...,
- L'hébergement, l'aménagement de l'habitat, l'appareillage, ...,
- Les aides à la personne à domicile : garde malade, garde d'enfants, auxiliaire de vie, aide ménagère, ...,
- Les maisons de retraites médicalisées ou non, les cures thermales, les centres de convalescence, de rééducation, ...,
- Les petits travaux (plomberie, électricité...),
- Le portage et l'acheminement d'éléments de confort ou de loisirs (livres, vidéos...),
- Les services à domicile (coiffeur, repas...),
- L'organisation de sortie et de loisirs en déplacement.

Chacun des services proposés selon les disponibilités locales, fait l'objet de l'estimation financière indispensable, cohérente avec les moyens et les aides dont dispose le bénéficiaire.

Le coût de cette prestation restant à charge du bénéficiaire, le service organise et met en place les solutions dès l'obtention de son accord.

La prise en charge financière des prestations est organisée exclusivement par la détermination des aides et moyens budgétaires dont dispose le bénéficiaire grâce au service. En aucun cas, les prestations ne sont à la charge financière de l'Assisteur.

8.5. Accompagnement

Quelle que soit la solution proposée, le service accompagne le bénéficiaire au quotidien tant que dure son problème de santé.

Ainsi le service établit des contacts téléphoniques réguliers avec le bénéficiaire et les partenaires des solutions afin de vérifier que les moyens ou conseils effectués restent pertinents.

Le suivi effectué par le service dure tant que la situation du bénéficiaire n'est pas stabilisée. Néanmoins, même au-delà de cette période, il peut continuer à contacter le service pour toutes questions liées à sa santé.

9 - ASSISTANCE EMPLOI

9.1. Faits générateurs

Les prestations définies dans la présente convention sont acquises dès la réception d'une lettre de convocation à un entretien préalable à un éventuel licenciement.

9.2. Domaine juridique

- a) Connaissance des droits relatifs à la rupture du contrat de travail

Assistance emploi informe le bénéficiaire sur les spécificités :

- Du droit du travail
- De la convention collective applicable à son secteur d'activité
- De son accord d'entreprise
- De son contrat de travail (mécanisme et obligations)

- b) Préparation à l'entretien avec l'employeur

ASSISTANCE EMPLOI informe le bénéficiaire sur le respect des procédures, le préavis à respecter, les indemnités et recours possibles.

ASSISTANCE EMPLOI peut fournir l'adresse des tribunaux du ressort du domicile du bénéficiaire afin qu'il se procure une liste d'avocats spécialisés en droit du travail et des conseils personnalisés liés à d'éventuelles procédures à entreprendre.

9.3. Domaine social

ASSISTANCE EMPLOI est la disposition du bénéficiaire pour l'écouter et l'aider dans ses démarches.

- a) Préservation du patrimoine

ASSISTANCE EMPLOI informe et conseil le bénéficiaire quant aux démarches à engager auprès :

- Des organismes sociaux : ANPE, APEC, sécurité sociale, organismes de prévoyance, caisse de retraite.
- Des organismes financiers : impôts, organismes de financement, banques.

Et fournit des fiches techniques présentant les procédures à suivre, la hiérarchisation des actions à mener, les adresses des organismes départementaux à contacter.

b) Aide au budget

ASSISTANCE EMPLOI aide le bénéficiaire à faire un bilan budgétaire :

- Dépenses : Loyers, charges, crédits, impôts, pensions à verser,
- Recettes : salaires, pensions ou allocations, aides sociales,

Et peut établir avec le bénéficiaire un budget mensuel pour hiérarchiser les dépenses, les plans de financement et donne les informations fiscales.

c) Aide aux familles

ASSISTANCE EMPLOI, en fonction de la situation du bénéficiaire le conseil sur :

- La liste des aides ou prestations possibles,
- L'ouverture des droits,
- Les démarches auprès des organismes concernés,
- L'assistance pour la constitution des dossiers.

d) Aide au logement

- Allocations logement (sociale ou familiale),
- Primes de déménagement,
- Prêts à l'amélioration de l'habitat (CAF ou ANAH),
- Aides personnalisées au logement (APL)

9.4. Aide à la recherche d'emploi

a) Réalisation d'un bilan de situation professionnelle

ASSISTANCE EMPLOI informe le bénéficiaire et le conseil sur :

- La rédaction ou la mise à jour de son Curriculum Vitae,
- La rédaction de lettres de motivation, de candidatures spontanées, de réponses à une annonce, en fournissant des lettres types.

b) Entretien d'embauche

ASSISTANCE EMPLOI prépare le bénéficiaire au déroulement de ces entretiens, notamment par la fourniture d'une liste type des attitudes à avoir et à éviter.

c) Conseils sur la presse spécialisée

ASSISTANCE EMPLOI communique au bénéficiaire une liste des journaux auxquels il y a lieu de s'abonner, et conseille sur la manière de déjouer les fausses annonces.

d) Eviter l'isolement

ASSISTANCE EMPLOI conseille et aide le bénéficiaire à réactiver les réseaux de voisinage ou de proximité (aides locales, cooptations...) et communique des listes d'associations locales et/ou nationales.

9.5. Limites de garanties

La garantie prend fin à la date où le bénéficiaire reprend une activité rémunérée totale ou partielle, qu'elle qu'en soit la nature, que ce soit ou non au titre de salarié (et, dans tous les cas, 12 mois après la date effective du licenciement)

9.6. Risques exclus

La garantie ne peut être mise en œuvre dans le cas de :

- Mise en retraite ou préretraite
- Perte d'emploi après démission du salarié ou à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée
- Licenciement non pris en charge par les institutions visées à l'article L 351-12, L 351-21 et L 351-22 du Code du Travail,
- Chômage dit partiel et chômage saisonnier.

Aucune des informations téléphoniques dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques, etc., ...

Aucune information ne saurait être délivrée à notre rencontre ou à celle de l'assureur.

Par ailleurs toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat.

Les parties conviennent expressément que ASSISTANCE EMPLOI n'est tenue que d'une **obligation de moyens**.

10 - PRESTATIONS DANS LE CADRE D'UN DEPLACEMENT

Ces prestations sont acquises aux bénéficiaires voyageant ensemble ou séparément, à l'occasion de déplacements de moins de 90 jours consécutifs dans le monde entier à partir d'un rayon de 50 Km du domicile habituel.

10.1. Conseil médical

EN CAS D'ACCIDENT

Le conseil médical est la consultation ou l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un bénéficiaire blessé au cours d'un déplacement.

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

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

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

10.2. Transfert ou rapatriement sanitaire

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

- La poursuite du traitement sur le lieu d'assistance ou de l'établissement de premiers soins, un rapatriement pouvant être effectué ultérieurement vers le domicile ou un établissement hospitalier proche du domicile ;
- Le transfert de l'établissement de premiers soins vers un centre hospitalier local mieux adapté à l'état du bénéficiaire, le rapatriement vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile étant organisé ultérieurement ;
- Le rapatriement du lieu d'assistance ou de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile.

Suivant l'état médical du bénéficiaire, les rapatriements ou transferts s'effectuent avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre) par l'un des moyens suivants paraissant le mieux adapté :

- En ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ;
- En avion de ligne régulière, en train ;
- En avion sanitaire ;
- Ou tout autre type de transport sanitaire ou public ;
- En utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur.

L'Assisteur se charge :

- De l'organisation du transfert ou du rapatriement ;
- De la réservation du 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 en collaboration avec le médecin traitant et d'organiser son rapatriement sanitaire éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par l'Assisteur, étant entendu que le bénéficiaire effectuera lui-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Toutefois, aucun transfert ou rapatriement ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.

Par ailleurs l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

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

CONDITIONS APPLICABLES AUX INTERVENTIONS LIEES A UN EVENEMENT D'ORDRE
MEDICAL

A) Dans tous les Cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement la famille 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 transfert ou rapatriement, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne automatiquement LA NULLITE de la prestation.

B) Outre les exclusions mentionnées dans le « contrat d'assurance » garantie des accidents de la vie, ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- Les états de grossesse sauf complication imprévisible et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine de grossesse(*) ;
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées ;
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance ;
- Les voyages entrepris dans le but de diagnostic et/ou de traitement.

(*) la notion de 36ème semaine de grossesse correspond aux recommandations des compagnies aériennes de IATA.

10.3 Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé

Si l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place dépasse 10 jours, l'Assisteur met à disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller/retour de train 1ere classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ de France métropolitaine.

L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 77€ TTC par nuit avec un maximum de 241 € TTC (frais de restauration exclus)

Si un membre de la famille ou une personne, que désigne le bénéficiaire, se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet.

L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur dans les meilleurs délais.

10.4. Retour des enfants de moins de 15 ans

Si personne n'est en mesure de s'occuper des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans restés sur place :

- L'Assisteur 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 1ere classe ou d'avion de classe économique, 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, L'Assisteur envoie une hôtesse pour prendre les enfants en charge et les ramener à la garde de la personne que le bénéficiaire a désigné.

10.5. Evacuation sur piste de ski

L'Assisteur prend en charge les frais d'évacuation sur pistes de ski balisées à concurrence de 160° TTC (frais de recherche exclus)

Il est néanmoins rappelé que l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

10.6. Rapatriement de corps

En cas de décès du bénéficiaire lors d'un déplacement l'Assisteur organise le transfert ou le rapatriement du corps, jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine..

Le choix des sociétés intervenants dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs etc. est du ressort exclusif de l'Assisteur.

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**.

Si la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.

Exclusions au rapatriement de corps

- **Sont exclus tous les frais non indispensables au transport de corps tels que les ornements ou accessoires.**



**CONDITIONS GENERALES DE
LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**
Valant Notice d'information
Réf. : GAVCG-ECA122012

Version de décembre 2012

Retour différé du corps

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

11 - DISPOSITIONS GENERALES

L'exécution de ces prestations, fournies en fonction des disponibilités locales, est assurée par l'Assisteur.

Les prestations suivent le sort du contrat entre l'Assisteur et l'Assureur. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Par ailleurs, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence.

L'Assisteur n'est tenu qu'à une **obligation de moyens**.

En aucun cas, L'Assisteur, ne s'engage sur le résultat de la solution proposée. Il n'est en aucun cas responsable des conséquences de situations ou de décisions antérieures à son intervention.

12 - EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, l'Assisteur ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués dans tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales ou les grèves.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans le respect de la réglementation en vigueur et dans la limite des autorisations qui lui sont accordées par les autorités compétentes.

L'Assisteur ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, des interdictions décidées par les autorités locales ou les grèves.

Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant des prestations proposées par l'Assisteur entraînera automatiquement la nullité de la prestation.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration entraînera automatiquement la nullité du contrat.