

Particuliers

PRÉVOYANCE



Garantie des Accidents de la Vie

CONDITIONS GÉNÉRALES

Texte des Conditions Générales

Garantie des Accidents de la Vie

Notice d'information Réf : DGGAGAV032015 valant information précontractuelle au sens des articles L. 112-2 et L.112-2-1 du Code des Assurances.

Contrat d'assurance collectif sur la vie à adhésion facultative régi par le Code des Assurances et les dispositions ci-après. Il est souscrit par GROUPE SOLLY AZAR (SAS de courtage d'assurances au capital de 200 000 €, RCS Paris 353 508 955, ORIAS n° 07 008 500 dont le siège social est situé 60 rue de la Chaussée d'Antin 75009 Paris) dénommé «souscripteur» pour le compte de ses clients adhérents au contrat,

auprès de SWISS LIFE ASSURANCE DE BIENS, dénommée l'assureur.

Toutes les dispositions du contrat collectif peuvent être modifiées par avenant au contrat collectif signé entre le souscripteur et l'assureur

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

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

Le contrat est régi tant par le Code des Assurances que par les présentes Conditions Générales. Il est complété par les Conditions Particulières qui en font partie intégrante, par les Annexes et éventuellement les Avenants.

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, les dispositions des articles L. 191.7, L. 192.2 et L. 192.3 n'étant pas applicables.

Les Conditions 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 Conditions Particulières

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.
Le cas échéant, des Conventions Spéciales sont jointes pour décrire des garanties spécifiques.

**Nous attirons votre attention sur l'importance des déclarations puisqu'elles servent de base au contrat.
Nous vous rappelons le contenu de vos obligations de déclaration au chapitre 4.1 des Conditions Générales.**

S o m m a i r e

Chapitre 1 - Lexique, conditions d'application, exclusions, indexation

- Article 1.1 Lexique
- Article 1.2 Étendue géographique des garanties
- Article 1.3 Indexation de la cotisation et des garanties
- Article 1.4 Révision par l'assureur des cotisations
- Article 1.5 Exclusions

Chapitre 2 - Contenu des garanties Incapacité permanente et décès

- Article 2.1 Accidents garantis
- Article 2.2 Préjudices indemnifiables
- Article 2.3 Objet des garanties – Modalités d'indemnisation
- Article 2.4 Incapacité permanente
- Article 2.5 Décès de l'assuré
- Article 2.6 Dispositions communes en cas de blessures ou de décès de l'assuré
- Article 2.7 Non-cumul des prestations
- Article 2.8 Intervention préalable de l'assureur Garantie des Accidents de la Vie Assistance
- Article 2.9 Garanties accordées

Chapitre 3 - Règlement des sinistres

- Article 3.1 Déclaration du sinistre
- Article 3.2 Autres obligations
- Article 3.3 Règlement des litiges - Arbitrage
- Article 3.4 Modalités de règlement

Chapitre 4 - Dispositions administratives

- Article 4.1 Quelles déclarations doivent être faites ?
- Article 4.2 Formation du contrat, date d'effet de l'assurance, durée du contrat
- Article 4.3 Résiliation – Cessation définitive des effets du contrat
- Article 4.4 Comment met-on fin au contrat ? Quel est le sort de la cotisation ?
- Article 4.5 La cotisation
- Article 4.6 Prescription
- Article 4.7 Quel est l'organisme qui contrôle ?
- Article 4.8 Loi informatique et libertés
- Article 4.9 Réclamations – Médiation

CHAPITRE 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 définies au chapitre 2 « contenu des garanties ».

Assuré

- **Lorsque la mention « Assuré seul » est indiquée aux Conditions Particulières** : l'Assuré ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit.
- **Lorsque la mention « Famille » est indiquée aux Conditions Particulières** :
 - l'Assuré ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit,
 - son conjoint non séparé de corps ou son concubin (qu'il soit ou non cosignataire d'un Pacs) ;
 - leurs enfants, lorsqu'ils sont fiscalement à charge ;
 - leurs enfants mineurs même s'ils ne résident pas sous leur toit.

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 2.9.

Assureur

La Compagnie d'assurances SwissLife Assurances de Biens.

Pour le risque Assistance, se reporter à l'article 2.9.

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 d'un préjudice moral et / ou économique.

Pour le risque Assistance, se reporter à l'article 2.9.

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 Conditions Particulières; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance.

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 administratifs et de soutien, pour sa dernière valeur connue telle que publiée par l'INSEE au moins un mois avant l'échéance du contrat.

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

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 – Étendue géographique des garanties

Les garanties s'exercent en France métropolitaine et lors de déplacements dans les départements et régions d'Outre-Mer – Collectivités d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre et Monaco, dans les pays membres de l'AELE (Association Européenne de libre-échange), à San Marin et au Vatican.

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 où 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 2.9.

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 du coût horaire de travail tous salariés des services administratifs et de soutien publié par l'INSEE.

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 Conditions Particulières) 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).

Le montant des garanties Incapacité Permanente et Décès ne peut être inférieur à celui indiqué aux Conditions Particulières lors de la souscription du contrat.

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 2.1.4.**

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 autoporteuses,
 - 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 provenant de la guerre civile ou étrangère ;**
- 1.5.6 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 ;**
- 1.5.7 résultant d'expérimentations biomédicales ;**
- 1.5.8 causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti ;**
- 1.5.9 résultant du suicide de l'assuré ou de sa tentative de suicide ;**
- 1.5.10 que l'assuré s'est causé intentionnellement ;**

1.5.11 causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou avec sa complicité.

1.5.12 Au titre des Frais divers des Proches (Art. 2.2), ne sont pas garantis les frais de fleurs, couronnes, plaques...

CHAPITRE 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 égale ou supérieure au taux indiqué aux Conditions Particulières.
- 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 à la Quatrième partie du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés 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 1er 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, – y compris les catastrophes naturelles et catastrophes technologiques - survenant au cours d'activités de la vie courante (domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives) et ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

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.

2.1.4 Garantie optionnelle sur mention expresse aux Conditions Particulières : 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 4 roues ou à 2, 3, 4 roues, d'un poids total en charge de moins

de 3,5 tonnes, 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 corporels résultant 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'emprise 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 telles que visées 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 ;

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

Le contrat couvre la prise en charge du premier équipement en prothèses nécessité par la survenance d'un accident garanti à concurrence du montant figurant aux Conditions Particulières.

Le bris et l'usure de celles-ci sont exclus de la garantie.

Art. 2.2 – Préjudices indemnisables

2.2.1 En cas d'incapacité permanente

Les frais de logement adapté (FLA)

Les frais de véhicule adapté (FVA)

Frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, correspondant aux frais engagés par l'assuré afin d'aménager son domicile et/ou son véhicule du fait d'une incapacité permanente nécessitant de tels aménagements.

L'assistance permanente par tierce personne (ATP)

Frais d'assistance d'une tierce personne correspondant aux frais engagés ou à engager par l'assuré afin de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne du fait d'un déficit fonctionnel permanent en lien direct avec l'accident entraînant une perte de son autonomie et le mettant dans l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Les pertes de gains professionnels futurs (PGPF)

Pertes de gains professionnels futurs, correspondant à la perte ou à la diminution des revenus de l'assuré consécutive au déficit fonctionnel permanent partiel ou total l'empêchant de travailler et résultant soit de la perte de l'emploi antérieurement exercé, soit de l'obligation

d'exercer un emploi à temps partiel, sans tenir compte des frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste.

Est également considérée comme perte de gains professionnels futurs la perte de chance.

Le déficit fonctionnel permanent (DFP)

Déficit fonctionnel permanent, correspondant aux incidences de l'incapacité permanente partielle sur les fonctions du corps humain de la victime hors de ses activités professionnelles éventuelles, notamment atteintes à ses fonctions physiologiques, souffrances physiques et psychiques permanentes, perte de qualité de vie, troubles dans les conditions d'existence au quotidien, perte d'autonomie.

Les souffrances endurées (SE)

Souffrances endurées, consistant dans les douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de consolidation des blessures.

Le préjudice esthétique permanent (PEP)

Préjudice esthétique, correspondant aux disgrâces physiques consécutives à un accident et subsistant définitivement après la consolidation des lésions.

Le préjudice d'agrément (PA)

Préjudice d'agrément, correspondant à l'impossibilité ou à la difficulté définitive pour l'assuré de poursuivre de manière aussi régulière et soutenue qu'avant l'accident, une activité spécifique (sportive, artistique, culturelle ou de loisirs) pratiquée antérieurement.

2.2.2 En cas de décès

Les frais d'obsèques (FO)

Frais d'obsèques et de sépulture assumés par les proches de la victime à la suite de son décès et qui ont fait l'objet d'une facture.

Les pertes de revenus des proches (PR)

Pertes de revenus des bénéficiaires, correspondant à la perte ou la diminution de revenus exclusivement liée au décès de l'assuré sans tenir compte des conséquences indirectes du décès.

Les frais divers des proches (FD)

Frais divers engagés par les bénéficiaires à l'occasion du décès de l'assuré, sur présentation des justificatifs.

Le préjudice d'affection (PAF)

Préjudice d'affection correspondant aux souffrances affectives ressenties par les bénéficiaires à la suite du décès de l'assuré.

Art 2.3 – 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 2.2 et selon les modalités d'indemnisation définies ci-après.

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

Art 2.4 – Incapacité permanente

2.4.1 Incapacité permanente

L'incapacité permanente, dont le taux fixé par un médecin diplômé de la réparation du dommage corporel est égal ou supérieur à celui indiqué aux Conditions Particulières du contrat, est indemnisée par l'assureur selon les règles applicables en Droit Commun.

2.4.2 Conditions de mise en jeu des garanties

Les prestations versées au titre de l'indemnisation des préjudices 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 Conditions Particulières.

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

2.4.3 Fixation des bases médicales

Le taux d'incapacité subsistant après consolidation des blessures est fixé par un médecin diplômé de la réparation du dommage corporel, désigné par l'assureur. Le médecin diplômé de la réparation du dommage corporel 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 diplômé de la réparation du dommage corporel détermine que l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne, il en fixe la durée et la nature.

Le médecin diplômé de la réparation du dommage corporel 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 déficit fonctionnel et des autres postes de préjudice garantis.

Le médecin diplômé de la réparation du dommage corporel adressera un double du rapport de l'expertise médicale à l'assuré dans les vingt jours suivant l'examen.

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.

2.4.4 L'aggravation

L'aggravation de l'état séquentiel 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 lorsqu'une différence de taux d'incapacité permanente est constatée médicalement dans les conditions définies à l'article 2.4.3.

L'indemnisation prend en compte le différentiel du dommage évalué sur la base de la valeur obtenue après aggravation.

Deux cas sont possibles :

- soit le taux d'incapacité permanente était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais suite à l'aggravation le taux d'incapacité permanente dépasse ce seuil : l'indemnisation est basée sur la totalité du préjudice ;

- soit l'assuré a été indemnisé une première fois sur la base d'un taux d'incapacité permanente dépassant le seuil de déclenchement de la garantie : l'indemnisation complémentaire est basée sur le différentiel de taux d'incapacité permanente multiplié par le coût du point de l'incapacité permanente finale.

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

Art 2.5 – Décès de l'assuré

2.5.1 Préjudices indemnisés

En cas de décès de l'assuré directement imputable à un accident garanti, l'assureur indemnise les bénéficiaires des préjudices définis à l'article 2.2, dans la limite du capital indiqué aux Conditions Particulières.

2.5.2 Calcul des préjudices

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

2.5.3 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. 2.6 – 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. 2.7 – 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.

Art. 2.8 – Intervention préalable de l'assureur Garantie des Accidents de la Vie

Même si l'événement objet de la garantie est susceptible de donner lieu à recours contre un tiers, assuré ou non, ou entrer dans le champ d'intervention d'un fonds d'indemnisation, le présent contrat intervient en priorité vis-à-vis de l'assuré victime ou des bénéficiaires en cas de décès de l'assuré.

En ce qui concerne les postes de préjudices non garantis par le contrat ou lorsque le plafond de garantie est dépassé, l'assureur accompagne l'assuré vers le tiers responsable et son éventuel assureur ou le fonds de garantie idoine pour l'indemnisation de ses préjudices.

Assistance

Art. 2.9 – Garanties accordées

Comment contacter Garantie Assistance ?		
Téléphone	De France	09 77 40 68 72
	De l'étranger	+33 9 77 40 68 72
Télécopie	De France	09 77 40 17 87
	De l'étranger	+33 9 77 40 17 87

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

2.9.1 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 Conditions Particulières.

Ces prestations sont gérées par Garantie Assistance (ci-après dénommée G.A.), Société Anonyme au capital de 1 850 000 €, immatriculée sous le n° 312 517 493 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est situé 108 Bureaux de la Colline, 92210 Saint-Cloud.

2.9.2 Bénéficiaire ou assuré

2.9.2.1 Assuré

• Lorsque la mention « Assuré seul » est indiquée aux Conditions Particulières : l'Assuré ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit.

• Lorsque la mention « Famille » est indiquée aux Conditions Particulières :

- l'Assuré ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit,
- son conjoint non séparé de corps ou son concubin (qu'il soit ou non cosignataire d'un Pacs) ;
- leurs enfants, lorsqu'ils sont fiscalement à charge ;
- leurs enfants mineurs même s'ils ne résident pas sous leur toit.

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

2.9.2.2 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 d'un préjudice moral et / ou économique.

2.9.3 Validité territoriale

Les services proposés sont utilisables :

- au domicile de l'assuré pour les garanties des articles 2.9.11 a au 2.9.11 e, et des articles 2.9.12 c au 2.9.12 e ;
- dans le monde entier pour les garanties des articles 2.9.11 f et 2.9.12 a et b.

2.9.4 Validité dans le temps

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

2.9.5 Définitions

On entend par :

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

2.9.6 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.

2.9.7 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 Conditions Générales et ceux exclus aux Conditions Particulières.

2.9.8 Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles

G.A. ne peut être tenu 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 radioactivité, et par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, notamment les interdictions décidées par les autorités locales.

2.9.9 Prescription

Voir article 4.6.

2.9.10 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.

2.9.11 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.

À 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.

À 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 kilomètres 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 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 1re 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 touriste ou en train 1re classe chez un parent résidant en France métropolitaine ;
- soit le transfert aller-retour en avion classe touriste ou en train 1re 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 kilomètres 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 1re classe, chez un parent résidant en France métropolitaine ;
- soit le transfert aller / retour en avion classe touriste ou en train 1re 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, 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 les 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 œuvre 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 1er jour ouvré suivant le 15e 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 œuvre, 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, 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, téléassistance...). 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 : À 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'allocations 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.

2.9.12 Assistance – Prestations B

Cette garantie comprend les prestations A définies à l'article 2.9.11 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 Conditions Générales et ceux exclus aux Conditions Particulières ;
- 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 1re 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 1re 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.

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.

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 1re 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 1re classe ou d'avion classe touriste pour regagner

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.

- 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.

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 ;

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'études, 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...).

Article 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.

Article 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, 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.

Article 3.3 – Règlement des litiges – Arbitrage

À 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 différend 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 seulement, 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.

Article 3.4 – Modalités de règlement

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.

En cas d'incapacité permanente, une offre provisionnelle est faite dans LE MOIS suivant le dépôt du rapport du médecin désigné par l'assureur s'il apparaît que le taux d'incapacité après consolidation dépassera le seuil de déclenchement de la garantie indiqué aux **Conditions Particulières**.

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 délai de CINQ MOIS pour faire une offre définitive s'applique également lorsque le médecin désigné par l'assureur établit que la victime est consolidée dès la première expertise médicale.

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.

CHAPITRE 4 - Dispositions administratives

Article 4.1 – Quelles déclarations doivent être faites ?

4.1.1 Déclarations à faire à la souscription

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré et la cotisation en tient compte.

C'est pourquoi, à la souscription du contrat, l'Assuré 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) 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) 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 l'Assuré, 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 l'Assuré de cette faculté en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

c) Quels sont les droits de l'Assuré 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, l'Assuré 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, l'Assuré pourra dénoncer le contrat dans les conditions prévues à l'article 4.3.

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 le maintenir moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré.

Si l'Assuré 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.

Article 4.2 – Formation du contrat, date d'effet de l'assurance, durée du contrat

4.2.1 Formation du contrat

Le contrat est formé par l'accord entre l'Assuré et l'assureur. La date de conclusion du contrat est celle des Conditions Particulières qui sont adressées à l'Assuré.

4.2.2 Prise d'effet du contrat

Le contrat produit ses effets à la date fixée aux **Conditions Particulières**.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

4.2.3 Durée du contrat

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

4.2.4 Conditions de renonciation en cas de démarchage à domicile

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 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat indiqué aux **Conditions Particulières**, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être envoyée à Solly Azar Assurances Vie, Centre de Gestion SA, 60 rue de la Chaussée D'Antin, 75 439 Paris Cedex 09. Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-après.

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée par l'assureur. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation, l'assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'assureur si l'Assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.2.5 Conditions de renonciation en cas de vente à distance

On entend par commercialisation à distance tout système de vente ou de prestation de services organisé par l'assureur ou son intermédiaire qui utilise

exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat.

Le contrat est exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Assuré.

Conformément aux conditions prévues aux articles L. 112-2-1 du Code des Assurances et L. 121-20-8 et suivants du Code de la Consommation, toute personne physique ayant conclu, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, un contrat à distance, dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat indiqué aux **Conditions Particulières**, pour y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Cette renonciation doit être envoyée à

Solly Azar Assurances Vie

Centre de Gestion SA

60 rue de la Chaussée D'Antin

75 439 Paris Cedex 09

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-après.

La cotisation dont l'Assuré est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle renonciation.

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée par l'assureur. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation, l'assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'assureur si l'Assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre, mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenu pendant le délai de renonciation.

Modèle de lettre de renonciation

Messieurs,

Je soussigné (Nom et Prénom de l'Assuré), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à la souscription du contrat Garantie des Accidents de la Vie (numéro du contrat), que j'ai signé le (date).

(si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des indemnités qui ont pu m'être versées.

A _____ Le _____ signature

Article 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	L'Assuré et l'assureur	Au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle prévue aux Conditions Particulières	À l'échéance annuelle prévue aux Conditions Particulières
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle	L'Assuré et l'assureur	L'assuré dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. L'assureur dans les 3 mois qui suivent l'envoi de la lettre de l'Assuré en informant l'assureur.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Décès de l'Assuré	Résiliation de plein droit. Si le contrat couvre d'autres personnes, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent, avec l'accord de l'assureur, être transférés à l'une d'entre elles. Le contrat en vigueur est résilié. Un nouveau contrat sera souscrit en remplacement.		Le lendemain du jour du décès à 0 heure.
Augmentation de tarif supérieure à l'évolution de l'indice	L'Assuré	Dans le mois qui suit la date où le l'Assuré 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 l'Assuré 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 l'Assuré 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 de l'Assuré après sinistre		Dans le mois qui suit l'envoi de la lettre de résiliation, par l'assureur d'un autre contrat de l'Assuré.	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.	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 40e jour à midi à compter de la publication au journal officiel de la décision prononçant le retrait de l'agrément administratif de l'assureur.

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

4.4.1 Forme requise

a) La dénonciation par l'Assuré, 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 l'Assuré 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 à l'Assuré 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 ;
- en cas d'avenant modificatif ou de résiliation du contrat, chacune des parties renonce à réclamer à l'autre tout reliquat de prime d'un montant inférieur à 5 euros TTC.

Article 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 **Conditions Particulières**. 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 **Conditions Particulières** 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

À 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 l'Assuré en demeure de payer, adressée au dernier domicile de l'Assuré 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 41e 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 40e jour à minuit de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Article 4.6 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la Loi.

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des Assurances :

Délai de prescription

Article L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun

accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

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

Article 2246 du Code civil

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

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

L'autorité chargée du Contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) : 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Art. 4.8 – Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée dans ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataire, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin-conseil – 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret.

Art. 4.9 – Réclamations – Médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations :

Solly Azar Assurances Vie Service réclamations

Centre de Gestion SA

60 rue de la Chaussée D'Antin

75 439 Paris Cedex 09

En dernier recours : le département médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA

Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA.

Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.



Groupe Solly Azar, SAS au capital de 200 000 €, 353 508 955 RCS Paris. Société de courtage d'assurances.
Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin, 75439 Paris Cedex 09. N° ORIAS 07 008 500 - www.orias.fr