

Notice d'information valant Conditions Générales

Référence 16.08.75 – 03/2010

"Assurance Accidents de la Vie" est un contrat collectif d'assurance, à adhésion facultative, régi par le Code des Assurances. Il est souscrit par les Fédérations du Crédit Mutuel et les banques du CIC pour le compte de leurs clients adhérents au contrat, auprès de ACM IARD S.A., dénommée l'assureur. Ce contrat collectif peut être modifié par avenant signé entre les souscripteurs et l'assureur.

AUTORITE DE CONTROLE : L'autorité de contrôle des ACM IARD S.A. est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

MEDIATION : En cas de difficultés, les assurés peuvent consulter leur interlocuteur habituel. Si sa réponse ne les satisfait pas, ils pourront adresser leur réclamation au Responsable des Relations Consommateur de ACM IARD S.A. 34 rue du Wacken 67906 STRASBOURG cedex 9.

DEFINITIONS

Accident : On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.

Ne sont pas considérés comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, un accident cardio vasculaire, un accident cérébro vasculaire, un accident ischémique transitoire.

Toute autre définition de l'accident ou toute classification d'accident retenue par un autre organisme, et en particulier la Sécurité Sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

Adhérent : L'adhérent est la personne physique désignée sur le Bulletin d'adhésion. Il est âgé de 16 ans au moins et de 65 ans au plus au moment de l'adhésion.

Age : L'âge des assurés se calcule par différence de millésime, année en cours moins année de naissance.

Assuré(s) :

. L'adhérent.

. Le conjoint de l'adhérent (défini ci-après) s'il est mentionné sur le Bulletin d'adhésion

. Les enfants de l'adhérent et de son conjoint (définis ci-après) s'ils sont mentionnés sur le Bulletin d'adhésion.

Pour être assuré, l'adhérent et son conjoint doivent avoir leur résidence principale en

France y compris dans les départements et territoires d'Outre Mer.

Ayants droits : Sont considérés comme ayants droit de l'assuré : son conjoint vivant sous le même toit et ses enfants.

Si l'assuré est un enfant au sens de la définition ci-après, les ayants droit au sens du contrat sont : ses parents et ses frères et sœurs.

Bénéficiaires :

En cas d'invalidité : le bénéficiaire est l'assuré. En cas de décès de l'assuré : les bénéficiaires sont les ayant-droits justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès de l'assuré, à l'exception de ceux qui auraient causé volontairement les dommages à la victime assurée au titre du présent contrat.

Conjoint : Par "conjoint", il faut entendre :

- la personne mariée à l'adhérent ou à l'assuré

- la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'adhérent ou l'assuré

- le concubin, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'adhérent ou l'assuré et vivant sous le même toit que ce dernier.

Consolidation : La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer sur le caractère définitif de l'invalidité. Il s'agit du 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 consolidation fait l'objet d'un constat médical.

Droit commun : L'ensemble des règles juridiques définies par la Loi et la jurisprudence et s'appliquant à tous en France.

Enfants assurés : Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, fiscalement à charge de l'adhérent ou de son conjoint et âgés de moins de 26 ans.

Invalidité permanente : Réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciées médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident à l'état de santé antérieur à l'événement garantissant.

Maladie : Altération de la santé médicalement constatée dont la cause est intrinsèque.

Préjudice d'agrément : Perte ou réduction définitive pour l'assuré de ses aptitudes à poursuivre la pratique régulière et fréquente d'un sport, d'une activité artistique ou de loisir, de la même manière qu'avant l'accident garantissant.

Préjudice esthétique permanent : Disgrâces physiques subsistant après la date de consolidation.

Préjudice moral : Préjudice d'ordre affectif subi par les ayant-droits de l'assuré décédé. L'indemnisation varie selon le degré de communauté ou de proximité de vie.

Préjudice personnel : il s'agit du préjudice d'agrément, du préjudice esthétique et des souffrances endurées définies.

Prescription : Le délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée et une demande n'est plus recevable.

Souffrances endurées : Douleurs physiques ou morales, endurées par le blessé du fait de ses dommages corporels subis.

Tiers : Toute autre personne que l'assureur, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat.

LES GARANTIES

Article 1 : Objet de la garantie

Le contrat garantit, dans les conditions définies ci-après, les préjudices résultant d'événements accidentels garantis, dès lors que l'accident entraîne le décès de l'assuré ou son invalidité permanente et qu'il est survenu entre le jour de la prise d'effet de l'adhésion et sa résiliation.

Sont garantis :

- les accidents de la vie privée suite à des événements soudains et imprévus individuels ou collectifs dus à des causes extérieures,
 - les accidents dus à des attentats ou à des infractions lorsque ces derniers résultent de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel de l'infraction,
 - les accidents médicaux causés à l'occasion d'actes chirurgicaux de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitement par les médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à pratiquer par la législation ou la législation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.
- Les garanties se limitent hors de France aux seules prestations pour lesquelles le régime obligatoire aura effectué un remboursement. Est considéré comme accident médical, l'acte ou un ensemble d'actes de caractère médical qui a eu pour l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, exceptionnelles et anormales indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur. Sont également considérés comme des accidents médicaux, les infections nosocomiales contractées par l'assuré lors de son séjour dans un établissement de santé public ou privé, dans la limite fixée à l'article 3.

Article 2 : Etendue territoriale de la garantie

La garantie s'exerce en France métropolitaine, dans les départements et territoires d'Outre Mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Lichtenstein, à St Marin, au Vatican et en Norvège. Lors de voyages et de séjours qui n'excèdent pas une durée continue de 3 mois, la garantie s'exerce dans le reste du monde.

Article 3 : Exclusions

Sont exclus les dommages :

- n'ayant pas pour origine un accident garanti
- subis à l'occasion d'activités professionnelles à l'exception des personnes exerçant des métiers et fonctions d'éducation, de recherche et de culture, agents de l'Etat, des collectivités territoriales ou des établissements publics ou privés intégrés dans l'enseignement public ayant reçu la compétence d'exercer ces missions d'intérêt national.
- subis à l'occasion d'activités de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales,
- subis à l'occasion d'accidents de trajets tels que définis par le code de la Sécurité Sociale,
- résultant d'un accident dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur
- 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 une personne en danger,
- résultant de la pratique par l'assuré d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement,
- provenant de la guerre civile ou étrangère,
- dus aux effets directs ou indirects 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,
- résultant d'expérimentations biomédicales
- causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- résultant d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses, fibromyalgies.
- résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires, un accident cardio vasculaire, un accident cérébro vasculaire, un accident ischémique transitoire, un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque,
- que l'assuré s'est causé intentionnellement,
- résultant d'événements dont les conséquences étaient connues de l'assuré au moment de la prise d'effet de la garantie du contrat,
- en cas d'accident survenu sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal),
- en cas d'accident survenu sous l'emprise de drogues, de stupéfiants, d'anabolisants, de substances ou plantes classées comme stupéfiants selon la législation en vigueur, ainsi que les produits de substitution non prescrits médicalement,
- en cas d'accident survenu lors de la pratique des sports suivants : le nautisme in shore et offshore, l'alpinisme au dessus de 4000 mètres d'altitude, l'aviation avec voltige et acrobatie, la spéléologie avec scaphandre autonome ou en solo, la plongée sous-marine au-delà de 40 mètres de profondeur et plus généralement tous sports en conditions extrêmes, tentatives de records ou exploits,
- résultant d'accidents médicaux ou d'infections nosocomiales ayant des conséquences corporelles excédant le seuil de gravité requis pour l'intervention de la CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'indemnisation),
- en cas d'accident survenu en milieu carcéral,
- en cas d'accident provoqué ou causé intentionnellement par un assuré ou avec sa complicité,
- les dommages résultant d'un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique,
- accidents ou infirmités dont la date de survenance est antérieure à l'adhésion.

Article 4 : Montant et nature de la garantie

Article 4.1 : Nature de la garantie

Le contrat revêt un caractère indemnitaire. Il a pour objet d'offrir à l'assuré ou au bénéficiaire la réparation des préjudices énumérés aux articles 6 et 7 ci-après, qu'ils ont subis du fait d'un accident garanti évalués **selon les règles applicables en droit commun français.**

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

Article 4.2 : Engagement maximum de l'assureur

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

- Lorsque le contrat couvre les enfants (adhésions 'Familles' et 'Familles monoparentales'), le cumul des indemnités versées par l'assureur au titre du présent contrat ne peut dépasser 2 000 000 EUR par événement accidentel garanti pour l'ensemble des assurés. Dans ce cas l'indemnité sera répartie proportionnellement en tenant compte du nombre de victimes et du montant total des préjudices par victime.

Article 5 : Non cumul des prestations

Les prestations couvertes par le présent contrat ne se cumulent pas avec celles perçues ou à percevoir par le bénéficiaire au titre des mêmes chefs de préjudice notamment de la part d'un organisme social, de tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective (y compris les sociétés mutualistes ou caisses de retraite) et de l'employeur, d'autres assurances couvrant les mêmes risques. Le bénéficiaire du contrat s'oblige à communiquer à l'assureur tous les éléments constitutifs de sa protection sociale et lui transmettre, dès qu'elles lui sont notifiées par le ou les organismes débiteurs, le montant de toutes les prestations qu'il est susceptible de percevoir au titre de l'accident garanti. Les prestations perçues à d'autres titres viennent en déduction de celles dues au titre du présent contrat, l'assureur versant le complément au bénéficiaire des garanties, s'il y a lieu.

Article 6 : L'invalidité permanente

Article 6.1 : Conditions de mise en jeu des garanties

Les prestations garanties définies ci-après 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 invalidité permanente dont le taux est égal ou supérieur à celui indiqué sur le Bulletin d'adhésion du contrat.** Les frais médicaux sont également garantis (dans les limites de l'article 6.8) lorsque le taux d'invalidité permanente est égal ou supérieur à 1%. Le taux d'invalidité permanente est déterminé dans les conditions et selon les modalités ci-après.

Article 6.2 : Fixation des bases médicales

Le taux d'invalidité subsistant après consolidation des blessures est fixé sur la base des éléments transmis par l'assuré ou son représentant légal par un médecin diplômé de la réparation du dommage corporel désigné par l'assureur.

Il se réfère au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun – Concours Médical – dernière édition parue à la date de son examen. Si le médecin détermine que l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne, il en fixe la durée et la nature. Il qualifie les souffrances endurées, le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément éventuel s'il est justifié.

Si une expertise médicale est 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 sa charge. 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 convenir de faire désigner un médecin 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. Dans ce cas, les parties conviennent ensemble de la mission d'expertise médicale et conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage. Les honoraires et les frais du médecin arbitre et ceux de l'expert commis judiciairement sont supportés par moitié entre les parties.

Article 6.3 : Invalidité Permanente

L'invalidité permanente, dont le taux fixé par l'expert est égal ou supérieur à celui indiqué sur le Bulletin d'adhésion du présent contrat, est indemnisée par l'assureur selon les règles applicables en droit commun français. Cette indemnisation prend la forme d'un versement en capital.

Dans le cas des invalidités permanentes comprises entre 1% et 9%, seuls sont indemnisés les préjudices personnels et les frais médicaux à l'exclusion de tout autre préjudice.

Les préjudices personnels comprennent exclusivement les souffrances endurées, le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément.

Article 6.4 : Les souffrances endurées

Les souffrances endurées par l'assuré du fait de ses blessures sont qualifiées par l'expert dans une échelle de 1 à 7. Elles sont indemnisées selon les règles du droit commun français.

Article 6.5 : Le préjudice esthétique permanent

Le préjudice esthétique décrit par l'expert et qualifiées par ce dernier dans une échelle de 1 à 7 est indemnisé selon les règles du droit commun.

Article 6.6 : Le préjudice d'agrément

Les troubles fonctionnels constitutifs du préjudice d'agrément, tels que décrits par l'expert, sont indemnisés selon les règles applicables en droit commun, s'il est justifié.

Article 6.7 : L'aggravation

L'aggravation de l'état séquellaire de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à

l'indemnisation initiale, ouvre droit à indemnisation pour autant qu'elle soit médicalement constatée dans les conditions définies à l'article 6.2.

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

Article 6.8 : Les frais médicaux

Les frais médicaux (hors frais d'hospitalisation) et les frais de transports médicalement prescrits liés à l'accident garanti sont pris en charge en complément des régimes obligatoires et des régimes complémentaires **dans la limite du montant fixé sur le Bulletin d'adhésion.** Le remboursement intervient dans la limite des frais réellement engagés.

Article 7 : Décès de l'assuré

Article 7.1 : Préjudices indemnisés

En cas de décès de l'assuré directement imputable à un accident garanti, l'assureur indemnise ses ayants droit de leurs préjudices :

- moraux, tels que définis
- matériels, liés aux frais funéraires réellement exposés dans la limite du capital indiqué sur le Bulletin d'adhésion,
- économiques.

Article 7.2 : Calcul des préjudices

Les préjudices sont indemnisés selon les règles applicables en droit commun français

Article 7.3 : Non cumul des indemnités d'invalidité permanente et décès

Lorsque postérieurement au versement de l'indemnité due pour l'invalidité permanente, l'assuré décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès ne sont versées que sous déduction des sommes déjà réglées par l'assureur au titre de l'invalidité permanente et des préjudices personnels. Si les indemnités réglées au titre de l'invalidité permanente et des préjudices personnels sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises à l'assuré.

LA VIE DU CONTRAT

Article 8 - Conditions d'admission des assurés

A la souscription, aucune formalité médicale n'est exigée. Pour bénéficier de l'assurance, l'adhérent :

- complète la demande d'adhésion, par laquelle il donne son consentement à l'assurance,
- choisit les garanties parmi les options proposées, adhérent, conjoint, enfants
- paye la cotisation.

Chaque adhérent ne peut souscrire qu'une seule adhésion au titre du contrat

"ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE".

Article 9 - Prise d'effet et durée de l'adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet à la date demandée sur la demande d'adhésion, et, au plus tôt, le lendemain à 0 heure de la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur. Elle est accordée pour un an puis se renouvelle par tacite reconduction d'année en année.

Article 10 : Faculté de renonciation

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance. L'article L 112-9 alinéa 1 du code des assurances énonce notamment : « I. – Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Ce droit vous est reconnu pendant un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat ou de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure, et expire le dernier jour à 24h00.

Afin de renoncer au contrat, il convient d'adresser à votre assureur, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse du souscripteur] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur les du contrat] auquel j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

[Date] [Signature du souscripteur] »

La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Article 11 – Prescription

Toutes actions concernant "ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE" sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances. Toutefois, ce délai est porté à 10 ans en cas de décès de l'assuré lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits de l'assuré. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription ainsi que dans les cas suivants : désignation d'experts à la suite d'un sinistre, envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 12 : Cessation des garanties

Pour l'ensemble des assurés, les garanties cessent au paiement du capital au titre du décès de l'adhérent

Article 13 - Résiliation de l'adhésion

L'adhésion au contrat "ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE" cesse :

- en cas de résiliation par l'adhérent :
- à la fin de la première période annuelle de garantie puis à tout moment moyennant préavis d'un mois à adresser à l'assureur par lettre recommandée.
- en cas de non-paiement de la cotisation (cf. article 15 "non paiement de la cotisation"),
- en cas de non-acceptation par l'adhérent de nouvelles propositions tarifaires faites par l'assureur.
- en cas de résiliation à l'échéance annuelle par l'assureur moyennant préavis de 2 mois par lettre recommandée avec accusé de réception.
- en cas de décès de l'adhérent.

Article 14 – Cotisations

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'option choisie et de l'âge de l'adhérent.

En fonction des résultats techniques du contrat, le montant de la cotisation peut être révisé, chaque année, à la date anniversaire de l'adhésion. Si l'adhérent n'accepte pas le nouveau tarif, il peut résilier l'adhésion.

Article 15 - Non-paiement de la cotisation

Le non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans le délai de 10 jours après son échéance, entraîne la suspension de l'adhésion par l'assureur dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure de paiement. La résiliation intervient 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours, conformément aux dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances. L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Les sommes non payées à bonne date porteront intérêt au taux légal à compter de la date de mise en demeure restée infructueuse.

ARTICLE 16 – Droits de l'adhérent et de l'assuré

Informatique et Liberté (Loi 78-17 du 06.01.78) :

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Pour les mêmes finalités que celles énoncées plus haut, ces informations pourront être utilisées par les entités du Groupe Crédit Mutuel – CIC et pourront, le cas échéant, être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitant missionnés (dont la liste peut être communiquée sur demande). Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 Chemin A Pardon – 69814 TASSIN Cedex.

LES SINISTRES

Article 17 - Formalités à remplir pour le paiement des prestations

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou cas de force majeure, l'accident entraînant la mise en jeu de la garantie doit être déclaré à l'assureur dans le délai maximum de 5 jours ouvrés suivant l'accident.

Le paiement des sommes garanties est subordonné à la production par l'assuré des documents justificatifs suivants :

Dans tous les cas :

- tout élément 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,
- un certificat médical initial établi dans les 5 jours constatant les lésions initiales imputables à l'accident,
- toutes pièces relatant les circonstances de l'accident (constat de Police ou Procès Verbal de Gendarmerie, coupure de presse, copie de la déclaration d'accident faite à la Sécurité sociale...),
- toutes précisions utiles sur le ou les tiers en cause le cas échéant,
- communiquer l'identité des témoins éventuels,
- tous les éléments constitutifs de sa protection sociale et la ou les notifications de toutes prestations servies par le ou les organismes débiteurs.
- un certificat médical de consolidation constatant les conséquences et séquelles de l'accident

Plus généralement, toute pièce complémentaire demandée par l'assureur dans le cadre de l'instruction du dossier, notamment la déclaration de sinistre adressée par l'assureur. Pour le remboursement des frais médicaux en relation avec l'accident, l'assuré doit fournir les décomptes de remboursement de régimes obligatoires et/ou complémentaires ainsi que toutes autres pièces justifiant de la nature et du montant des frais engagés.

En complément :

Pour les enfants : copie du livret de famille

En cas de décès :

- l'acte de décès de l'assuré,
- toute pièce de nature à justifier du droit du ou des bénéficiaires,
- une copie du livret de famille de l'assuré,
- la ou les factures acquittées des frais funéraires exposés
- la ou les notifications des capitaux et prestations servies aux ayant-droits par les organismes sociaux, organismes de prévoyance collective ou individuelle, autres assureurs couvrant le même risque.

En cas de blessures :

L'assuré est tenu de répondre à toute expertise médicale initiée par l'assureur avec examen clinique et aux expertises complémentaires qui pourraient éventuellement être nécessaires dans ce cadre, la possibilité lui étant offerte de se faire assister par tout praticien de son choix.

La réticence de l'assuré de se soumettre à l'examen médical entraîne la suspension de la garantie. La production volontaire de documents erronés ou falsifiés entraîne la déchéance du droit aux garanties du présent contrat.

Pour le remboursement des frais médicaux en relation avec l'accident, l'assuré doit fournir les décomptes de remboursement des régimes obligatoires et/ou complémentaires ainsi que toutes autres pièces justifiant de la nature et du montant des frais engagés.

Article 18 – Les engagements de l'assureur

Le règlement des préjudices économiques et patrimoniaux est 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 opposé à l'assureur.

Le paiement par l'assureur de l'indemnité acceptée par le ou les bénéficiaires du contrat interviendra dans le délai maximum d'un mois de l'accord définitif.

Article 19 – Modalités de paiement des indemnités

Les indemnités dues au titre de l'application des garanties du présent contrat sont versées au(x) bénéficiaire(s) en capital.

Article 20 – Assurances cumulatives

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées dans le but de nuire ou de manière frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L 121-3 du Code de Assurance, premier alinéa, sont applicables.

Le cumul d'assurances ne peut avoir pour effet de procurer à l'assuré ou au bénéficiaire du contrat une indemnisation supérieure à celle à laquelle il peut prétendre au titre du risque garanti telle qu'évaluée selon les règles du droit commun.

Article 21 - Subrogation

L'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence de l'indemnité versée, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait ont causé le dommage ayant donné lieu au versement des indemnités.

L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf en cas de malveillance commise par une de ces personnes.

La subrogation est limitée aux indemnités versées.

Si la subrogation ne peut, du fait de l'assuré ou du bénéficiaire, s'exercer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

En cas de recours, les pièces médicales seront transmises par notre service médical au service médical de la compagnie d'assurance adverse.

ASSISTANCE

Nous : Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance France, désignée par le terme « Nous ».

Les personnes bénéficiant de la garantie – Vous : On entend par bénéficiaire, désignée par le terme « Vous », le souscripteur ayant son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, ayant souscrit un contrat d'assurance « Assurance des Accidents de la Vie ».

Sont bénéficiaires :

- le souscripteur d'un contrat, et en option : son conjoint, leurs enfants légitimes, naturels ou adoptifs, lorsqu'ils sont fiscalement à charge et âgés de moins de 26 ans.

Domicile : Par domicile, on entend le lieu de résidence principal et habituel du « bénéficiaire », situé en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

Accidents médicaux : Causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la Santé publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels. Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractères médical a eu sur le bénéficiaire des conséquences dommageables pour sa santé, exceptionnelles et anormales, indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

Accidents dus à des attentats ou à des infractions : Lorsque ces derniers peuvent constituer un délit ou un crime au sens du Code pénal français et auxquels la personne assurée atteinte n'a pris intentionnellement aucune part. Lorsque ces derniers résultent de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction.

Accidents de la vie privée : Suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures (exclusion des accidents de la circulation).

France : France métropolitaine et Principauté de Monaco

Etranger : Les pays désignés au paragraphe « Etendue territoriale et nature des déplacements couverts » hors France métropolitaine et Principauté de Monaco ».

Etendue territoriale et nature des déplacements couverts :

La prestation « assistance médicale » s'applique :

- En France

- A l'étranger, à l'occasion de déplacements privés d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs, dans le Monde Entier, à l'exclusion des pays en état de guerres (Algérie, Afghanistan, Rwanda, Somalie, Timor Oriental...) civiles ou étrangères, instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou du tout autre cas de force majeure.

Les prestations « Assistance psychologique et Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile » s'applique en France uniquement.

Date d'effet et durée de validité : La présente convention d'assistance prend effet à la date de souscription du contrat « Assurance Accidents de la Vie », garanti par Mondial Assistance France, pour la durée du contrat conclu entre les Assurances du Crédit Mutuel et Mondial Assistance France, soit un an renouvelable par tacite reconduction.

En cas de résiliation de ce contrat, Mondial Assistance France cessera de garantir, pour tous les souscripteurs, les prestations détaillées dans la présente convention à compter de la date de résiliation du contrat. Ceci fera l'objet d'une information aux souscripteurs par les Assurances du Crédit Mutuel.

La résiliation, pour quelque cause que ce soit, du contrat Assurance des Accidents de la Vie par le souscripteur, entraînera de plein droit, et avec la même date d'effet, l'extinction des garanties d'assistance.

Objet de la garantie : Dans les conditions d'assistance définies ci-après, la présente convention d'assistance garantit les préjudices résultants d'événement accidentels qui surviennent dans la vie privée du bénéficiaire. L'intervention de Mondial Assistance France est soumise à la condition expresse que l'accident soit survenu entre le jour de prise d'effet du contrat d'assurance – Assurance des Accidents de la Vie et sa résiliation.

ASSISTANCE MEDICALE, EN CAS D'ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE

Transport /rapatriement : Vous êtes blessé lors d'un déplacement suite à un accident garanti : nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu. Les informations recueillies auprès de ce médecin local et éventuellement auprès de votre médecin traitant, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et organiser : soit votre retour au domicile, soit votre transport vers un service hospitalier approprié proche de votre domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train en 1ère classe, avion de ligne en classe économique ou avion sanitaire.

Si votre sécurité nécessite un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre domicile, notre service médical peut réserver une place dans le service où l'hospitalisation aura été prévue. Seuls votre intérêt médical 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 le choix du lieu d'hospitalisation éventuel. La décision finale à mettre en œuvre dans votre intérêt médical appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce, afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Si vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, vous nous réservez le droit d'utiliser le titre de transport non utilisé que vous détenez. Vous devez également nous reverser les montants des titres de transport dont vous obtenez le remboursement.

Retour d'un accompagnement : Lorsque vous faites l'objet d'un transport/rapatriement vers votre domicile ou l'hôpital le plus proche de votre domicile, nous organisons et prenons en charge le retour d'une personne bénéficiaire qui voyageait avec vous. Cette personne effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport. La somme ainsi récupérée nous sera versée dans les meilleurs délais. La prestation « Retour d'un accompagnant » n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche ».

Présence d'un proche : Si vous êtes hospitalisé sur place, et si nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour d'une personne désignée par vous et résidant en France métropolitaine ou à Monaco, par train 1ère classe ou avion de ligne en classe économique lorsque seul ce moyen peut être utilisé, afin qu'elle puisse se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne (chambre + petit déjeuner) jusqu'à concurrence de 45,73 € par nuit pendant 10 nuits maximum.

La prestation « Présence d'un proche » n'est pas cumulable avec la prestation « Retour d'un accompagnant ».

Accompagnement des enfants : Si, à la suite d'un accident garanti, survenu en cours de voyage, vous ne pouvez plus vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans qui voyageaient avec vous, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour d'une personne désignée par vous, depuis son domicile en France métropolitaine ou à Monaco, ou d'une de nos hôtesses pour venir chercher les enfants et les ramener à votre domicile.

Avance de frais d'hospitalisation à l'étranger : Si vous êtes blessé suite à un accident garanti, lors d'un déplacement à l'étranger et que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 3.811,23 € par bénéficiaire et par an, sous réserve que les soins soient prescrits en accord avec nos médecins et que ceux-ci vous aient jugé intransportable après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport. Vous devez nous rembourser cette avance 30 jours après réception de notre facture, même si vous avez engagé les procédures de remboursement prévues dans la prestation « Remboursement complémentaire de frais médicaux à l'étranger ». Dès que ces procédures ont abouti, nous prenons en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions prévues à la prestation « Remboursement complémentaire de frais médicaux à l'étranger ».

Remboursement complémentaire de frais médicaux à l'étranger : Si vous êtes blessé suite à un accident garanti lors d'un déplacement à l'étranger, nous remboursons jusqu'à concurrence de 3.811,23 € par an et par bénéficiaire le montant des frais médicaux engagés à l'étranger et restant à votre charge, après remboursement effectué par la Caisse d'assurance maladie et/ou par tout autre organisme de prévoyance. Nous appliquons une franchise de 15,24 € par bénéficiaire et par événement. Vous devez effectuer, dès votre retour en France, toutes démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés. Nous procédons au remboursement sur présentation :

- des décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus.

- des photocopies de notes de soins justifiant des dépenses engagées.

Si l'organisme d'assurance maladie auquel vous cotisez ne prend pas en charge les frais médicaux engagés, nous les remboursons jusqu'à un maximum de 3.811,23 € sous réserve que vous nous présentiez les originaux des factures de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance maladie.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire

- honoraires médicaux,

- frais de médicaments prescrits par un médecin,

- frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local,

- frais d'hospitalisation tant que vous êtes jugé intransportable.

DECES D'UN BENEFICIAIRE

Transport/Rapatriement de corps : Si le bénéficiaire décède au cours d'un déplacement suite à un accident garanti, nous organisons et prenons en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques en France métropolitaine ou à Monaco. Nous prenons également en charge les frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport, et participons aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de 457,35 €. Les autres frais (notamment frais de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est de notre ressort exclusif.

Présence d'un proche en cas de décès du bénéficiaire à plus de 100 km du domicile : Si le bénéficiaire décède à plus de 100 km de son domicile suite à un accident garanti, et si la présence d'un membre de la famille sur place est indispensable afin d'effectuer les démarches administratives consécutives au décès :

- nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour d'une personne désignée par la famille et résidant en France métropolitaine ou à Monaco, par train 1ère classe ou avion de ligne en classe économique lorsque seul de ce moyen peut être utilisé, afin de se rendre sur le lieu du décès ;

- nous prenons en charge le séjour de cette personne à l'hôtel (chambre et petit déjeuner) jusqu'à concurrence de 45,75 € par nuit pendant 2 nuits maximum.

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE EN CAS D'ACCIDENT OU DE DECES DU BENEFICIAIRE

Appels de convivialité

Nous recevons vos appels téléphoniques et dialoguons avec vous. De plus, nous pouvons vous appeler, à votre demande ou à celle de votre entourage, à date et heure fixées par vous.

Assistance psychologique

Suite à un accident garanti, ayant entraîné ou non, le décès d'un bénéficiaire, nous mettons à votre disposition, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien (s) téléphonique (s), mené (s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, permettront au bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté suite à cet accident ou ce décès.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

En fonction de votre situation, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous un psychologue diplômé d'état.

Nous assurerons l'organisation du rendez-vous de cette première consultation. Le coût de cette consultation reste à votre charge.

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 2 JOURS OU IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 4 JOURS

Assistance aux enfants

Suite à un accident garanti, et en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile, vous pourrez prétendre à l'un des trois services suivants :

- soit Mondial Assistance France recherche une personne pour garder vos enfants de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales et prend en charge les frais de garde à concurrence de 40 heures.
- soit Mondial Assistance France met à la disposition d'une personne désignée par vous, résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, un billet de train aller/retour en 1^{ère} classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique depuis son domicile et jusqu'à votre domicile pour lui permettre d'effectuer la garde des enfants.
- soit Mondial Assistance France organise et prend en charge le transfert aller/retour de vos enfants de moins de 15 ans par train en 1^{ère} classe ou par avion de ligne en classe économique depuis leur domicile et jusqu'au domicile d'un parent résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

Transfert des animaux de compagnie : Suite à un accident garanti et en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile, vous pourrez prétendre à l'un des deux services suivants :

- soit Mondial Assistance France organise et prend en charge le transfert des animaux de compagnie (chiens ou chats) chez un proche en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco dans un rayon de 50 km de votre domicile. Les frais de garde restent à votre charge.
- soit Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport desdits animaux dans un établissement de garde proche de votre domicile. Mondial Assistance France prend également en charge les frais de garde à concurrence de 30 jours maximum. Cette garantie est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde sollicités (notamment vaccinations à jour, versement éventuel d'une caution...).

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 5 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 10 JOURS.

Aide ménagère : Vous êtes hospitalisé ou immobilisé au domicile à la suite d'un accident garanti : Mondial Assistance France organise et prend en charge la présence d'une aide-ménagère à concurrence de 10 heures soit pour venir en aide au conjoint resté seul pendant l'hospitalisation du bénéficiaire, soit à votre retour pour vous aider durant votre convalescence. L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation et/ou le retour d'hospitalisation.

Soutien pédagogique : La présente garantie a pour objet d'apporter une aide pédagogique à l'enfant bénéficiaire scolarisé dans un établissement d'enseignement en France à la suite d'un accident de la vie garanti l'ayant immobilisé pour une durée minimum de 10 jours ouvrés d'école consécutifs. Nous recherchons un ou plusieurs enseignants pour se rendre à votre domicile ou dans l'établissement scolaire de l'enfant dans les matières suivantes : Mathématiques, Physique, Français, Anglais, Espagnol, Allemand, Histoire, Géographie, Sciences Naturelles, Chimie. Nous prenons en charge les cours et déplacements des enseignants à concurrence de 40 heures maximum, jusqu'à la reprise des cours, et dans tous les cas dans un délai maximum d'un mois. Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs de l'enfant l'étendue du programme scolaire. Cette prestation s'applique pendant l'année scolaire en cours en dehors des périodes de vacances scolaires.

Nous nous engageons à rechercher les enseignants dans un délai maximum de 3 jours ouvrés suivant la demande. L'enseignement est dispensé pour des élèves du primaire aux classes de terminales des lycées d'enseignement général incluses, à raison de 2 heures consécutives au minimum.

Recherche d'une Maison d'Accueil : Dans le cas où vous ne souhaitez ou ne pouvez rester à votre domicile et que vous préférez vous installer dans une maison d'accueil :

- nous vous conseillons sur les démarches à suivre,
- nous vous communiquons les différentes solutions possibles, l'adresse des maisons d'accueil, les caractéristiques principales de ces établissements,
- nous vous assistons pour bâtir votre dossier d'inscription dans l'établissement que vous aurez choisi.

Recherche de personnel à domicile : Sur simple appel téléphonique, nous vous mettons en relation avec du personnel à domicile dans les domaines d'activité diversifiés : médecin (de garde en cas d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire), aide soignante, infirmière, kinésithérapeute, garde-malade, aide-ménagère, pédicure, coiffeur, personne de courtoisie. Lors de chaque demande, il sera précisé par nous, suivant le cas, le délai minimum d'intervention du prestataire.

Les honoraires de ces prestataires sont à votre charge.

Livraison de médicaments à domicile : Si vous ou aucune personne de votre entourage ne peut aller chercher les médicaments venant d'être prescrits par ordonnance par le médecin, nous chargeons l'un de nos prestataires de se rendre auprès de vous afin de recueillir l'ordonnance, d'aller chercher les médicaments à la pharmacie habituelle (ou à la pharmacie de garde) proche de votre domicile et de vous les remettre.

Seul le coût des médicaments reste à votre charge.

Accompagnement dans les déplacements : Sur simple appel téléphonique, nous organisons vos déplacements avec l'aide d'un accompagnateur qui vous véhiculera et restera à vos côtés lors de vos déplacements.

A titre d'exemple : rendez-vous chez le coiffeur, rendez-vous chez le notaire, déplacement à la poste ou à la banque, accompagnement au supermarché, accompagnement à la gare ou à l'aéroport. Cette prestation est réalisée principalement dans les grandes villes françaises et en fonction des disponibilités locales.

Livraison de matériel médical à domicile : Si vous ou aucune personne de votre entourage ne peut aller chercher le matériel médical venant d'être prescrits par ordonnance par le médecin, nous chargeons l'un de nos prestataires de se rendre auprès de vous afin de recueillir l'ordonnance, d'aller chercher le matériel médical à la pharmacie habituelle (ou à la pharmacie de garde) proche de votre domicile et de vous les remettre. Seul le coût du matériel reste à votre charge.

INFORMATIONS

Informations Incapacité, Invalidité et Dépendance : Sur simple demande, nous vous communiquons les informations et renseignements à caractère documentaire qui vous permettront d'orienter vos démarches administratives, juridiques ou sociales dans les domaines de l'incapacité, invalidité ou dépendance. Dans tous les cas, si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et nous vous rappelons dans les meilleurs délais. Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre. Nous ne pourrions être tenus pour responsables des interprétations, ni de l'utilisation des informations communiquées.

EXCLUSIONS

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Sont exclus :

- les dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le code de la Sécurité Sociale,
- les dommages résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre tramway circulant sur des voies qui leur sont propres,
- les conséquences de tout dommage que le bénéficiaire s'est causé intentionnellement,
- le dommage résultant de la participation du bénéficiaire à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe,
- les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère,
- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- les dommages résultant des expérimentations biomédicales,
- les maladies,
- les blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation de jour comprise) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.
- les frais engagés sans notre accord ou non expressément prévus par la Convention,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais), lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au paragraphe « Transport /Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement ou son séjour,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part du bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs ou de tentative de suicide,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ, et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 36ème semaine,
- les frais médicaux engagés en France,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple),
- le coût des appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, notamment),
- les frais de cure thermale,
- les interventions à caractère esthétique,
- les frais de séjours dans une maison de repos,
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de recherche de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- les dommages survenus au bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire,
- les frais de douane,
- les frais d'annulation de séjour,
- les frais de restaurant.

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services et ne peut donner lieu à aucun remboursement. Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes. Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations en cas de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires au transport du bénéficiaire à l'intérieur ou hors du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé, ni des retards dans l'exécution résultant des mêmes causes.

LA PENSION DE REVERSION

Information: Mondial Assistance France propose d'apporter toute l'aide possible au bénéficiaire qui vient de perdre son conjoint. Sur simple appel téléphonique du lundi au

vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés), Mondial Assistance France lui communique, par téléphone uniquement, tous les renseignements qu'il souhaite sur l'univers de la retraite et, plus spécifiquement sur les modalités de calcul, d'attribution et de versement d'une pension de réversion. Mondial Assistance France pourra lui communiquer les coordonnées des organismes qui seront en mesure de traiter sa situation particulière.

Estimation : Si le bénéficiaire le souhaite, Mondial Assistance France lui fournira une estimation du niveau de pension de réversion auquel il peut prétendre à partir :

- des droits acquis par le conjoint disparu dont le bénéficiaire est l'ayant droit au titre de la pension de réversion.

- de sa propre situation de conjoint survivant.

Les simulations sont réalisées à partir des éléments communiqués par le bénéficiaire lors de l'entretien téléphonique tels que :

- pour lui-même et le conjoint disparu, l'état civil, la situation familiale, la première activité professionnelle du conjoint disparu (activité, statut et rémunération brute)

- l'activité professionnelle du conjoint disparu au moment du décès (activité, statut et rémunération brute).

Les simulations réalisées n'ont qu'une valeur indicative et sont à ce titre, dépourvues de toute valeur contractuelle. Les résultats des simulations sont communiqués oralement au bénéficiaire et ne donnent pas lieu à confirmation écrite.

Envoi de formulaire : Si le bénéficiaire le souhaite, Mondial Assistance France pourra lui faire parvenir par courrier électronique ou postal les formulaires types nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de pension de réversion à l'exception toutefois des formulaires qui ne peuvent être obtenus que par le bénéficiaire lui-même auprès de l'organisme.

CONDITIONS D'APPLICATION DU SERVICE

Informations Décès, Succession ; Pension de réversion ; démarches

administratives : En aucun cas les renseignements ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura demandés.

L'AIDE AU RETOUR A LA VIE PROFESSIONNELLE DES ACCIDENTES - ARVIPA

L'Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés s'adresse à toute personne physique ayant souscrit un contrat Assurance des Accidents de la Vie auprès des Assurances du Crédit Mutuel

DEFINITIONS

Conseiller Emploi : Personne qui, chez Mondial Assistance France, est chargée du suivi personnalisé des bénéficiaires. Ce suivi est assuré par téléphone, correspondance, fax et/ou messagerie Internet.

Conseillers régionaux : Les personnes qui assurent localement l'animation des stages et les entretiens individuels « de visu ».

Conseiller psychologue : Personne qui, chez Mondial Assistance France, prend en charge la passation, la correction et l'interprétation des tests quand la passation se fait chez Mondial Assistance France.

Psychologue du réseau : Professionnels qui assurent localement la passation, la correction et l'interprétation des tests psychotechniques quand les tests sont sous-traités au réseau régional.

Territorialité : France métropolitaine uniquement

Demandeur d'emploi : Est considéré comme demandeur d'emploi l'assuré licencié percevant les allocations ASSEDIC.

PRESTATION

Objectif : Cette prestation s'adresse aux personnes ayant subi un accident entraînant des séquelles et rendant difficile la réintégration dans leur fonction actuelle (ou intégration dans le monde du travail s'il s'agit de jeunes diplômés)

Elle a pour but de faire le point sur la situation personnelle et professionnelle du bénéficiaire lorsqu'il envisage son avenir, tout en s'interrogeant sur les moyens d'actions à sa disposition.

Conditions d'accès : Si, à la suite d'un accident ayant entraîné un arrêt de travail de plus de 2 mois, le bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans n'est plus physiquement en mesure de reprendre définitivement tout ou partie de son activité professionnelle, le service Assistance Emploi de Mondial Assistance France lui propose de l'accompagner dans sa démarche de réflexion professionnelle. Le bénéficiaire dispose d'un délai de 24 mois à partir de la date du premier jour d'arrêt maladie pour appeler Mondial Assistance France. Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h à 18h, le bénéficiaire a accès au service ci-après défini et sera suivi par un Conseiller Emploi qui communiquera avec lui par téléphone, courrier, fax et/ou messagerie Internet. Afin de bénéficier de la prestation, le bénéficiaire devra être considéré comme médicalement apte par son médecin traitant. Avec l'accord du bénéficiaire, le médecin de Mondial Assistance France se mettra en relation avec le médecin traitant pour avoir confirmation que le bénéficiaire est médicalement apte. A la suite d'un accident tel que défini au paragraphe "définitions" la prestation est mise en œuvre une seule fois.

Description de la prestation : La prestation est constituée de 2 modules :

l'« accompagnement psychologique » et l'« aide à la réflexion professionnelle ».

En fonction de son besoin et de sa situation psychologique, le bénéficiaire pourra :

- directement accéder au module d'« aide à la réflexion professionnelle »,
- ou suivre le module « accompagnement psychologique » puis le module « aide à la réflexion professionnelle »

La durée de la prestation est de 3 mois en cas de mise en œuvre du module « aide à la réflexion professionnelle », 6 mois en cas de mise en œuvre des modules « aide à la réflexion professionnelle » et « accompagnement psychologique ». Les deux modules ne peuvent en aucun cas avoir lieu simultanément.

La mise en œuvre de la prestation : Lorsque les conditions d'accès sont remplies, un Conseiller Emploi se met alors en relation avec le bénéficiaire.

Lors de ce premier contact, le Conseiller Emploi :

- fait connaissance avec le bénéficiaire et lui présente la prestation,
- valide la motivation du bénéficiaire à entreprendre la prestation,
- propose au bénéficiaire un entretien d'orientation.

L'entretien d'orientation : Le bénéficiaire rencontre un psychologue du réseau de Mondial Assistance France pour un entretien d'orientation.

Cet entretien a pour but de mieux cerner le besoin du bénéficiaire afin de lui proposer de suivre le module « Accompagnement psychologique » ou d'accéder directement au module « Réflexion professionnelle ».

Le module « Accompagnement Psychologique » : Si la situation est justifiable d'une intervention d'accompagnement psychologique, Mondial Assistance France organise la prestation "accompagnement psychologique". Un rendez-vous est alors fixé entre le bénéficiaire et un psychologue proche de son domicile. Lors de la première consultation, le psychologue détermine avec le bénéficiaire, les objectifs et la durée de l'intervention. Mondial Assistance France prend en charge le coût des consultations en cabinet pendant toute la durée de l'intervention à hauteur de 12 heures maximum. Seules les consultations définies dans le cadre de cette prestation suite à l'entretien d'orientation et qui ont lieu avec un psychologue du réseau de Mondial Assistance France, sont prises en charge. La durée du module « Accompagnement psychologique » est de trois mois à compter de la date de l'entretien d'orientation.

Le module « Réflexion Professionnelle » : Le module se déroule en 3 étapes :

- **Le bilan de situation personnelle et professionnelle :** Si après l'entretien d'orientation, le bénéficiaire se voit proposer le module « Réflexion professionnelle », le Conseiller Emploi reprend contact avec lui. Le Conseiller Emploi revalide la motivation du bénéficiaire et lui adresse un questionnaire d'auto-évaluation. Après que le bénéficiaire a renvoyé le questionnaire d'auto-évaluation, le Conseiller Emploi étudie son dossier de façon à établir un bilan de sa situation personnelle et professionnelle. Il fixe avec le bénéficiaire un rendez-vous afin de commenter avec lui, au téléphone, ce bilan de situation personnelle et professionnelle. Par la suite, il lui adresse ce bilan par écrit. Cette étape permet au bénéficiaire, avec l'aide du Conseiller Emploi, d'identifier la solution ou le plan d'action le mieux adapté compte tenu de sa situation : reconnaissance de qualité "travailleur handicapé", recherche d'emploi, formation ...

- **L'envoi d'un livret d'information :** Le Conseiller Emploi adresse au bénéficiaire un livret détaillé sur les démarches à entreprendre dans le cadre du plan d'action déterminé suite au bilan. Ce livret comporte des informations sur le statut du travailleur handicapé, les étapes qui mènent au travail, les obligations des entreprises et les aides accordées.

- **Le suivi / les actions à mettre en œuvre :** Après réception de son bilan de situation personnelle et professionnelle, le bénéficiaire peut également bénéficier de deux entretiens téléphoniques personnalisés d'une durée totale de 90 minutes lui permettant d'échanger avec son Conseiller Emploi sur le contenu du bilan et/ou du livret d'informations. Le bénéficiaire devra alors reprendre contact avec son Conseiller afin de fixer un rendez-vous téléphonique du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures.

Si le bénéficiaire rencontre des difficultés psychologiques en cours de module "réflexion professionnelle", et s'il n'a pas déjà consommé le module "Accompagnement Psychologique", le Conseiller Emploi pourra l'orienter vers celui-ci. Avec l'accord du bénéficiaire, le Conseiller Emploi fera parvenir son dossier au réseau de psychologues de Mondial Assistance France. La durée du module « réflexion professionnelle » est de trois mois à compter de la date d'envoi du questionnaire d'auto-évaluation.

Conditions Générales de l'Aide au retour à la vie professionnelle des accidentés :

La prestation « aide au retour à la vie professionnelle des accidentés » est constituée d'un accompagnement psychologique et d'une aide à la réflexion professionnelle. Elle ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par Mondial Assistance France auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont relève le bénéficiaire. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le Bénéficiaire, du ou des renseignements communiqué(s). Le bénéficiaire dispose d'un délai de 24 mois à partir de la date du premier jour d'arrêt maladie pour appeler le service Assistance Emploi de Mondial Assistance France. Au-delà de ce délai de 24 mois, il ne pourra plus bénéficier de la garantie Assistance Emploi

Exclusions : En aucun cas, il n'y aura de prise en charge par Mondial Assistance France de "l'accompagnement psychologique" dans les situations suivantes :

- en cas de maladie chronique psychique lourde ou de maladie psychologique antérieurement avérée/constituée ou en cours de traitement, si celle-ci ne permet pas au médecin traitant de considérer le bénéficiaire comme psychologiquement apte à suivre la prestation
- en cas d'états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool
- en cas d'états résultant d'une tentative de suicide

AIDE A LA GESTION DU PARCOURS PROFESSIONNEL - AGPP

Objectif : L'Aide à la Gestion du Parcours Professionnel s'adresse à tout salarié, d'au moins 5 ans d'expérience professionnelle, qui s'interroge sur son avenir professionnel et qui a souscrit un contrat Assurance des Accidents de la Vie auprès des Assurances du Crédit Mutuel

Conditions d'application : Pour accéder au service personnalisé, le bénéficiaire devra être en poste et justifier de 5 ans minimum d'expérience professionnelle. Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h à 18h, le bénéficiaire a accès au service d'Aide à la Gestion du Parcours Professionnel.

La garantie d'assistance « Aide à la Gestion du Parcours Professionnel » a une durée de 8 mois à compter à compter du 1er appel auprès du Service Assistance Emploi de Mondial Assistance France. Cette prestation peut être utilisée une fois tous les 5 ans

Validation de la demande du bénéficiaire : Lors du premier appel du bénéficiaire, le Conseiller Emploi de Mondial Assistance France :

- identifie sa problématique
- lui présente la prestation
- valide sa motivation
- puis lui envoie un questionnaire d'auto-évaluation

Bilan personnel et professionnel : Après étude du questionnaire d'auto-évaluation et analyse de celui-ci, le Conseiller Emploi établit un bilan personnel et professionnel qu'il commente au bénéficiaire lors de deux entretiens téléphoniques. Il lui envoie ensuite un document écrit. Le Conseiller Emploi propose au bénéficiaire d'approfondir sa réflexion en abordant ses valeurs, ses motivations professionnelles et lui envoie le document "Analyse de vos motivations", qui le guide dans cette étude.

Analyse des motivations :

- Après réception de ce document, le Conseiller Emploi évoque avec le bénéficiaire, lors d'un entretien téléphonique, les différents éléments retenus.
- Puis, le Conseiller Emploi présente au bénéficiaire le travail de recherche d'informations à effectuer et lui transmet les documents de travail qui le guideront dans sa démarche.
- Enfin, le Conseiller Emploi fixe un rendez-vous de suivi avec le bénéficiaire pour évoquer ses actions.

Suivi de la réflexion sur le projet :

- Au cours de deux rendez-vous au maximum, le Conseiller Emploi suit l'avancée des démarches du bénéficiaire, l'encourage à faire preuve de curiosité et à s'informer en se rendant dans les lieux ressources et en rencontrant des professionnels. Il étudie et élucide les difficultés rencontrées, le motive et peut être amené à compléter l'information
- Au dernier suivi, le Conseiller Emploi fixe un rendez-vous pour valider le ou les projets retenus.

Validation du projet professionnel :

- A réception du questionnaire "Elaboration de votre projet professionnel" complété par le bénéficiaire, le Conseiller Emploi valide le ou les projets retenus (s) et définit le plan d'actions pour le ou les concrétiser.
- Suite à ce dernier entretien, une synthèse est communiquée au bénéficiaire par écrit.

Démarche interactive dans la construction du projet d'orientation :

1. Suivi de la réflexion sur le projet : Le Conseiller Emploi est régulièrement en contact avec le bénéficiaire pendant sa recherche et l'engage à faire le point.

De façon interactive, il :

- Analyse et élucide les difficultés rencontrées par le bénéficiaire
 - Valide le déroulement du plan d'actions du bénéficiaire
 - Propose le cas échéant une réorientation de la stratégie de recherche d'informations
- 2. Ecoute et soutien :** A tout moment au cours de sa réflexion et de ses recherches, le bénéficiaire peut appeler son Conseiller Emploi qui l'écoute et le soutient dans sa démarche.

Aide pratique à la recherche d'informations : Le Conseiller Emploi peut fournir au bénéficiaire les informations sur les métiers, les secteurs d'activité, les adresses utiles (associations, organismes d'orientation...), la documentation (journaux et magazines...), les formations (choix, établissements...), les salons, l'emploi, les débouchés.

La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura demandé(s).

L'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI (AVEC RESEAU)

Objectif : L'Aide au Retour à l'Emploi s'adresse à tout actif cadre et non cadre, assuré en situation de recherche d'emploi, qui a souscrit un contrat Assurance des Accidents de la Vie auprès des Assurances du Crédit Mutuel.

Conditions d'application : Est considéré comme demandeur d'emploi l'assuré licencié, percevant les allocations ASSEDIC. Pour pouvoir accéder aux services personnalisés, le bénéficiaire devra justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant sa lettre de licenciement et son avis de notification des ASSEDIC ou son certificat de travail.

La garantie d'assistance Aide au Retour à l'Emploi a une durée maximale d'un an à compter du 1er appel auprès du Service Assistance Emploi de Mondial Assistance France. L'assuré dispose d'un délai de 3 mois à partir de la date de son licenciement, pour appeler le service Assistance Emploi de Mondial Assistance France. Au-delà de ce délai de 3 mois, il ne pourra plus bénéficier de la garantie Assistance Emploi.

Validation de la demande du bénéficiaire et diagnostic bilan :

- Lors du premier appel du bénéficiaire, le Conseiller Emploi détermine la demande du bénéficiaire, valide sa motivation à suivre la prestation, puis le propose l'envoi d'un questionnaire d'auto-évaluation

- Après une étude approfondie du dossier, comprenant une analyse graphologique, le Conseiller Emploi établit un diagnostic bilan du parcours du bénéficiaire qui lui est commenté par téléphone et communiqué par écrit.

- Le Conseiller Emploi propose les premières actions de recherche à mettre en œuvre

- Le Conseiller Emploi ébauche ou valide le projet professionnel puis expose au bénéficiaire le déroulement des rendez-vous avec le conseiller régional

Projet professionnel - Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi (TRE) assurée par le conseiller régional :

Pour compléter le dossier du bénéficiaire, Mondial Assistance France oriente le bénéficiaire vers le professionnel du réseau Mondial Assistance France – appelé « Conseiller Régional » - le plus proche de son domicile. Le Conseil Régional accueille alors le bénéficiaire dans ses locaux et dispense une formation portant sur les thèmes suivants :

- Validation du projet professionnel et passation optionnelle de tests psychotechniques

- Acquisition des techniques de recherche d'emploi (remise en forme du CV, rédaction de lettres de candidature, réactivation des réseaux relationnels, utilisation du téléphone, préparation aux entretiens de recrutement)

- Développement des capacités de communication pour évoquer son projet, sa dynamique professionnelle...

- Aide à la mise en place d'une stratégie de recherche d'emploi

Cette formation se compose d'un stage collectif de 5 jours et de 5 heures d'entretiens individuels répartis sur une durée de 8 semaines. La formation sera dispensée de manière individuelle et conservera le contenu de la prestation si le stage collectif n'est pas possible. Tout au long de la formation dispensée par le Conseiller Régional, le bénéficiaire reste en contact avec son Conseiller Emploi attitré pour faire le point sur ses démarches.

1. Suivi de la recherche d'emploi : Le Conseiller Emploi de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est régulièrement en contact avec le bénéficiaire pendant sa recherche.

De façon interactive, il engage le bénéficiaire à faire le point sur sa recherche:

- Il analyse les comptes-rendus des entretiens passés par le bénéficiaire pour définir les points à améliorer dans son comportement ou son discours.

- Il valide le déroulement du plan d'actions du bénéficiaire

- Il propose le cas échéant une réorientation de la stratégie de recherche d'emploi du bénéficiaire.

2. Aide pratique à la recherche d'emploi : Après avoir déterminé les cibles de recherche dans le cadre du plan d'actions, le Conseiller Emploi de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut fournir, une fois, au bénéficiaire un listing comprenant la raison sociale, l'adresse, le nom des dirigeants, ainsi que des détails sur l'activité des entreprises du secteur, de la région visée.

3. Ecoute et Soutien : A tout moment au cours de ses recherches, le bénéficiaire peut appeler son Conseiller Emploi, qui l'écoute et le soutient dans sa démarche.

Informations générales sur l'emploi : Dans le cadre du suivi personnalisé, le bénéficiaire peut contacter le Conseiller Emploi de Mondial Assistance France, du lundi au vendredi de 9h à 18 h, afin d'obtenir les renseignements suivants :

- Les démarches à effectuer en cas de chômage : inscription aux Assedic, à l'ANPE, à l'APEC

- Les aides financières possibles (Assedic, aides spécifiques, régionales, aide des mutuelles et/ou caisses de retraite...)

- Le calcul des indemnités chômage, leur durée, les barèmes dégressifs...

- Les adresses utiles (associations, syndicats professionnels...)

- La documentation (bibliographie, journaux et magazines...)

- Le droit du travail

- Les formations (le choix, les financements, les stages...)

- Les principales filières de recrutement

- Les statistiques du marché de l'emploi (nombre de demandeurs d'emploi, temps moyen de recherche, les tendances par secteur d'activité,...)

- Où trouver les offres d'emploi ? ...

Mondial Assistance France peut fournir des renseignements juridiques ; en aucun cas elle ne donne de consultations juridiques. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura demandé (s).

Exclusions :

Mondial Assistance France ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Mise en œuvre des garanties : Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par l'un des moyens ci-après :

- Téléphone : 02 43 80 20 80

- Télécopie : 02 43 80 25 51

Accessibles 24h/24, 7 jours / 7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit,

- le nom et le prénom du bénéficiaire

- l'adresse exacte du bénéficiaire,

- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

DISPOSITIONS GENERALES A L'ASSISTANCE

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par les Assurances du Crédit Mutuel auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 25 037 000 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (société par actions simplifiée au capital de 7 538 389,65 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social: 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances - Inscription ORIAS 07 026 669).