

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances, les présentes Dispositions Générales les Conditions Particulières.

Les Dispositions Particulières visées par l'article L191-2 du Code sont applicables au présent contrat pour les risques situés dans les départements du BAS-RHIN, du HAUT-RHIN et de la MOSELLE, à l'exception toutefois des articles L191-7 et L192-3 du Code.

Ce contrat d'assurance a pour objet de garantir les cas d'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré, ainsi que les litiges l'opposant à autrui, survenant entre le jour de la prise d'effet du contrat et de sa résiliation.

DEFINITIONS

accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant d'un événement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime, ainsi qu'à l'occasion d'un acte ou d'un ensemble d'actes à caractère médical.

année d'assurance : période comprise entre 2 échéances principales de cotisation. Toutefois, si la date de prise d'effet est distincte de l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre cette date et la prochaine échéance principale.

Par ailleurs, si l'assurance expire entre deux échéances principales, la dernière ANNEE D'ASSURANCE est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

assuré :

le souscripteur ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit pour l'option « SOLO », et lorsque l'option « FAMILLE » est souscrite et figure aux Conditions Particulières pour :

- son époux ou épouse non séparé(e) de corps ou de fait,
- son concubin ou sa concubine (y compris la personne ayant conclu un PACS avec le souscripteur)

- leurs enfants fiscalement à charge (mineurs ou majeurs âgés de moins de 26 ans vivant au foyer parental, disposant de ressources propres, dont le plafond annuel hors bourses d'études, ne dépasse pas le SMIC).

Pour être garanti, l'assuré doit avoir sa résidence principale sur le territoire français.

assureur : la Société d'Assurance Mutuelle citée en entête de page.

bénéficiaire : le bénéficiaire du contrat est l'assuré ; en cas de décès de celui-ci, ses ayant droits. Le plus généralement, sont considérés comme ayants droit de l'assuré : son conjoint ou concubin, ses ascendants, descendants et collatéraux.

code : le Code des Assurances

consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, ayant fait l'objet d'un constat médical, cet état n'étant plus susceptible d'évoluer vers une amélioration ou une aggravation.

délai de survie : la prestation n'est due que si l'assuré est vivant 28 jours après la date du premier diagnostic.

échéance annuelle : la date indiquée sous ce titre aux conditions particulières ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance. Elle correspond à la date à laquelle :

- la cotisation annuelle est exigible,
- le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué.

frais d'obsèques : les dépenses relatives aux frais d'obsèques de l'assuré.

franchise absolue : l'indemnité journalière est versée à compter du 91^{ème} jour en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident garanti et à compter du 31^{ème} jour pour la mère au foyer.

franchise relative : l'indemnité journalière d'hospitalisation est versée dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures.

hospitalisation : fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier (hôpital ou clinique habilité à pratiquer des actes et traitements médicaux auprès des personnes accidentées, possédant les autorisations administratives locales permettant ces pratiques ainsi que le personnel compétent).

intérêts en jeu : le montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes. Pour les contrats dont l'application s'échelonne dans le temps et avec une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance.

invalidité permanente : réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident, à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

incapacité temporaire : lorsqu'à la suite d'un accident garanti, l'assuré est dans l'impossibilité complète et pendant une suite ininterrompue de jours, de travailler.

litige : opposition d'intérêts avec autrui ou situation pouvant générer une poursuite ou une procédure.

maladie : toute altération de la santé ou état pathologique constaté par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

parent au foyer : personne n'exerçant aucune activité professionnelle et se consacrant à l'éducation de ses enfants mineurs vivants au foyer parental.

nous : la Société d'Assurance Mutuelle citée en entête de page.

prescription : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

sinistre : événement accidentel, fait générateur de la garantie. Pour la garantie Protection Juridique : refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire.

souscripteur : la personne qui souscrit le contrat et en assume les obligations, notamment le paiement des cotisations.

subrogation : substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire 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. La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

tiers/autrui : toute autre personne que l'assureur, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat.

LES GARANTIES

1. objet de la garantie

> le décès

Lorsque l'assuré décède des suites d'un accident garanti, et ce dans les 12 mois de sa survenance, il est versé au bénéficiaire, le capital prévu aux conditions particulières. Lors du décès d'un enfant mineur, le capital versé est limité aux frais d'obsèques dans la limite de 10 % du capital souscrit.

Lorsque le décès de l'assuré survient après un état d'incapacité temporaire de travail et/ou d'invalidité permanente, lié à un même événement accidentel, le capital dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre des garanties incapacité temporaire de travail et/ou invalidité permanente.

> l'invalidité permanente

La prestation garantie ne sera versée qu'à partir du moment où un accident garanti entraîne pour l'assuré une invalidité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 5 %. Ce taux est fixé lors d'une expertise médicale, après consolidation des blessures, et ne tient compte que de la seule invalidité fonctionnelle de l'assuré, en dehors de toute incidence professionnelle ou scolaire. (cf. barème en page 5). Nous verserons à l'assuré le capital dû en fonction du taux d'invalidité après consolidation, sous déduction des sommes déjà versées au titre de la garantie incapacité temporaire de travail et/ou indemnité journalière d'hospitalisation.

Est également couvert le décès ou l'invalidité permanente consécutif à un accident médical, causé à l'occasion d'actes chirurgicaux de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements 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 législation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Est considéré comme acte 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.

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

> L'incapacité temporaire totale de travail

Des indemnités journalières seront versées à l'assuré si celui-ci, suite à un accident garanti, est dans l'impossibilité complète de travailler et ce, pendant une suite ininterrompue de journées. Ces indemnités journalières, dont le montant est fixé aux conditions particulières, seront alors versées à l'assuré, après écoulement d'une franchise absolue de 90 jours à compter de la date de début de l'arrêt de travail, et ce pendant une durée maximale de 365 jours. En cas de rechute dans les 60 jours suivant la reprise des activités professionnelles, le paiement des indemnités journalières reprend immédiatement si le nouvel arrêt de travail est dû à la même cause que l'arrêt précédent. Nous versons au parent au foyer, qui, des suites d'un accident garanti, est immobilisée à son domicile et est incapable d'exécuter seule au moins deux actes essentiels de la vie courante (exemple : se laver, se vêtir), une indemnité journalière dont le montant est fixé aux conditions particulières. Cette prestation est versée après écoulement d'une franchise de 30 jours et pendant une durée maximale de 180 jours.

Pour les garanties invalidité permanente et incapacité temporaire de travail, les garanties cessent à la fin de l'année civile du 65^{ème} anniversaire de l'assuré ou lorsqu'il bénéficie d'une pension de retraite, de préretraite ou reprend même partiellement son travail.

> L'indemnité journalière d'hospitalisation

L'indemnité journalière sera versée à l'assuré en cas d'hospitalisation consécutive à un accident garanti, après écoulement d'une franchise relative de 24 heures, jusqu'au jour de sortie inclus et pour une durée maximale de 365 jours.

Il ne peut y avoir cumul des garanties incapacité temporaire totale de travail et indemnité journalière d'hospitalisation. Lorsque l'assuré est hospitalisé, au cours d'un arrêt de travail, seule la garantie incapacité temporaire de travail intervient.

> Les maladies redoutées garanties :

Cancer

Toute tumeur maligne caractérisée par une croissance et une extension incontrôlées des cellules malignes avec un envahissement du tissu normal.

Le terme de cancer inclut : la leucémie, le lymphome malin y compris le lymphome cutané, la maladie de Hodgkin, les affections malignes de la moelle osseuse et les sarcomes.

Le diagnostic de cancer doit être confirmé sur la base d'un compte-rendu histologique.

Ne sont pas couverts :

- les tumeurs qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes, les dysplasies, les cancers in situ ou carcinomes in situ.
- les tumeurs de la prostate qui n'ont pas atteint au moins le stade t2n0m0 de la classification tnm.
- tous les cancers primitifs de la peau autres que le mélanome malin étendu au-delà de l'épiderme.
- le cancer papillaire de la thyroïde localisé à la glande thyroïde.
- tous les cancers et tumeurs en présence d'une infection VIH.

Infarctus du myocarde aigu

Diagnostic définitif d'infarctus du myocarde : mort cellulaire du muscle cardiaque consécutive à l'obstruction de la vascularisation.

Le diagnostic doit être confirmé par l'élévation et/ou la chute caractéristique d'un biomarqueur sérique cardiaque (Troponine I, Troponine T ou CPK-MB) à au moins un niveau au-dessus du 99^{ème} percentile de la valeur de référence et avec en plus un des critères suivants :

- symptômes cardiaques aigus et signes cliniques patents caractéristiques d'un infarctus du myocarde.
- modifications récentes caractéristiques à l'électrocardiogramme à type de : sous décalage ou élévation du segment st, inversion de l'onde t, ondes q pathologiques ou bloc de branche gauche.

Ne sont pas couverts :

- les autres syndromes coronariens aigus, comprenant entre autres l'angine de poitrine instable.

Accident Vasculaire Cérébral

Mort du tissu cérébral, consécutive à une vascularisation inadaptée ou à une hémorragie, provoquant soit :

- l'apparition de symptômes neurologiques nouveaux compatibles avec le diagnostic d'accident vasculaire cérébral.
- des déficits neurologiques patents nouveaux, persistant à l'examen clinique de manière durable, sur une période d'au moins 60 jours après le diagnostic.
- des anomalies récentes apparues au scanner cérébral, ou bien à l'IRM si réalisée, compatible avec le diagnostic.

Ne sont pas couverts :

- les accidents ischémiques transitoires (AIT).
- les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique.
- les hémorragies secondaires à une lésion cérébrale préexistante.
- l'anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée sur le scanner sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques.

> L'assistance juridique par téléphone

Les juristes spécialisés du service d'informations juridiques par téléphone de GARANTIE ASSISTANCE sont à la disposition de l'assuré pour lui apporter toutes informations juridiques et pratiques sur ses droits et en prévention de tout litige.

Pour toute question dans le cadre de sa vie privée ou salariée, l'assuré peut contacter ce service au 09 69 36 99 60 de 9h00 à 18h00 du lundi au vendredi (hors jours fériés).

> La protection juridique

La garantie a pour but de permettre à l'assuré, en cas de litige garanti, dans les limites précisées aux présentes Dispositions Générales et aux Conditions Particulières, la recherche d'une solution amiable à son litige et, à défaut, lorsqu'une solution amiable satisfaisante ne peut être envisagée, son assistance en justice, en demande ou en défense ainsi que le remboursement des frais de procédure engagés.

La garantie intervient sous réserve que le montant des intérêts en jeu est égal ou supérieur à 150 € TTC.

Il vous appartient, par tous moyens, d'établir la réalité et le montant du préjudice allégué.

La garantie couvre les litiges :

- dont les éléments constitutifs, c'est-à-dire les faits, événements ou la situation source du litige, sont postérieurs à la date de prise d'effet du présent contrat, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'en avait pas connaissance avant sa prise d'effet,
- dont la déclaration nous est adressée entre la date de prise d'effet du présent contrat et celle de sa résiliation.

CLAUSE D'OPPORTUNITE : Nous avons la possibilité de refuser la prise en charge du litige lorsqu'il apparaît que les prétentions de l'assuré sont insoutenables ou qu'une action en justice ne peut être engagée avec des chances raisonnables de succès ou que l'exécution d'une décision ne nous paraît pas possible (adversaire sans domicile connu ou notoirement insolvable).

La garantie couvre les litiges opposant l'assuré à autrui en sa qualité de simple particulier, dans le cadre de sa vie privée ou de simple salarié, sous réserve des limitations ci-après et des exclusions communes prévues à l'article 3 du présent contrat, et à condition que les faits, les événements ou la situation, source du litige, interviennent au moins 1 mois après la date de prise d'effet de la garantie.

Pour les litiges impliquant l'assuré en qualité de propriétaire, copropriétaire ou locataire de biens immobiliers, sont seuls garantis les litiges portant sur sa résidence principale et sa résidence secondaire qu'il occupe et ne donne pas en location ou sous-location.

Nous intervenons également dans les domaines suivants :

FISCALITE

Nous garantissons les litiges opposant l'assuré à l'administration fiscale à la suite :

- d'une notification de redressement relative à l'impôt sur le revenu des personnes physiques à condition que le redressement ne porte pas sur des revenus, bénéfices, plus-values ou profits découlant d'une activité professionnelle autre que salariée,
- de la mise en recouvrement des taxes foncières ou d'habitation relative à la résidence principale ou secondaire de l'assuré qu'il occupe et ne donne pas en location ou sous-location à condition :
- d'une part, que l'origine de son litige ne soit pas frauduleuse et qu'il n'ait pas fait l'objet de poursuites pénales,
- d'autre part, que le redressement ou la mise en recouvrement lui aient été notifiés plus de trois mois après la prise d'effet de la garantie.

Le montant de notre prise en charge est limité à la somme de 3.100 € par litige et par année d'assurance.

DROIT DES PERSONNES

Nous garantissons les litiges relatifs aux successions, libéralités, régimes matrimoniaux, pensions alimentaires ainsi qu'à l'état des personnes à condition que les faits, les événements ou la situation, source du litige, interviennent au moins 24 mois après la date de prise d'effet de la garantie ou 6 mois pour les successions. En matière de succession, nous garantissons uniquement les litiges portant sur la succession d'un ascendant en ligne directe et opposant l'assuré à un héritier collatéral privilégié. Le décès de l'ascendant doit intervenir après la prise d'effet de la garantie.

En matière de divorce, nous n'intervenons que lorsque l'assuré et son conjoint présentent une demande de divorce par consentement mutuel, notre prise en charge étant limitée aux seuls honoraires de l'avocat commun qu'ils auront constitué pour mettre en place cette procédure.

Le montant de notre prise en charge est limité à la somme de 3.100 € par litige et par année d'assurance.

CONSTRUCTION

Nous garantissons tout litige lié aux opérations de construction d'un ouvrage destiné à sa jouissance personnelle, à des travaux de génie civil ou à des travaux de bâtiment et qui, par leur nature, impliquent la souscription de l'assurance dommages ouvrage à condition :

- que le litige ait pris naissance plus de 24 mois après la prise d'effet de la garantie,

- que l'assurance obligatoire de dommages à l'ouvrage ou toute autre assurance obligatoire liée à cette opération ait été contractée ou maintenue en vigueur, soit par l'assuré en sa qualité de maître d'ouvrage, soit pour son compte.
Le montant de notre prise en charge est limité à la somme de 3.100 € par litige et par année d'assurance.

RECouvreMENT DE CREANCES

Nous garantissons les litiges opposant l'assuré en sa qualité de particulier dans le cadre de sa vie privée à un tiers pour le recouvrement des créances personnelles certaines, liquides et exigibles, dont le montant est supérieur à 300 €.

Nous conservons, à titre de participation aux frais de recours, 10 % des sommes recouvrées.

Nous nous chargeons des démarches amiables auprès du débiteur. En cas d'échec de cette procédure amiable, nous pouvons déposer une requête aux fins d'injonction de payer auprès du Tribunal compétent par voie d'huissier de justice. Nous prenons en charge les frais de signification afférents à cette procédure.

Sont exclus :

- les frais et honoraires d'avocat,
- les frais d'huissier en cas d'opposition formée par un tiers à l'ordonnance d'injonction de payer obtenue en faveur de l'assuré.

2. étendue territoriale de la garantie

Les garanties s'exercent sur l'ensemble des territoires de la République Française, dans tous les pays de l'Espace Économique Européen, dans les principautés d'Andorre et de Monaco et en Suisse.

Dans le reste du monde les garanties s'exercent pour des voyages et des séjours de moins de 3 mois consécutifs.

La garantie protection juridique ne couvre ni la procédure de validation, ni l'exécution des jugements rendus dans un pays donné contre un adversaire se trouvant dans un autre pays.

3. les exclusions

EXCLUSIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES DECES, INVALIDITE PERMANENTE, INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, HOSPITALISATION ET MALADIES REDOUTEES :

Ne sont pas pris en charge les sinistres :

- > résultant de la participation volontaire de l'assuré à un vol, un crime, à un délit intentionnel au sens de l'article L21-3 du Code Pénal ou à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- > résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement,
- > résultant de l'utilisation de quad ou de véhicules à deux ou trois roues de cylindrée supérieure à 80 cm³,
- > dus aux effets directs ou indirects 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,
- > résultant d'expérimentations biomédicales,
- > causés par les 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 lorsqu'elles ne résultent pas d'un accident garanti,
- > résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- > le suicide ainsi que la tentative de suicide,
- > dus à des accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou par le bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,
- > résultant d'atteinte à la personne âgée de plus de 70 ans,
- > liés aux suites et conséquences des accidents et affections apparues antérieurement à la date de souscription,
- > dus à la conduite en état d'ivresse, lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur ou égal à celui légalement autorisé
- > résultant de l'usage de drogues ou stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits médicalement dans le cadre d'un traitement thérapeutique.

Exclusions spécifiques aux garanties Indemnité Journalière d'Hospitalisation et Incapacité Temporaire de Travail :

- > les accidents résultant d'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),
- > les séjours en maison de repos, établissement de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psycho-pédagogique, hospice, maison de retraite, logement, foyer, établissement d'hébergement, centre de cures médicales pour personnes âgées, service de long séjour d'un établissement hospitalier, centre de cure thermique, marine ou de rajeunissement, traitements esthétiques, diététiques.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES A LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE :

Outre les exclusions particulières mentionnées à chaque garantie, nous ne garantissons jamais :

- > les litiges intéressant l'assuré autrement qu'en sa qualité de simple particulier, dans le cadre de sa vie privée ou de salarié, en dehors de toute activité professionnelle, d'une fonction élective ou syndicale, d'une fonction de dirigeant d'association et de sa participation à la gestion ou à l'administration d'une association ou d'une société commerciale,
- > la mise en cause de l'assuré pour dol ou la poursuite de l'assuré liée à un délit, un crime ou une contravention,
- > les litiges pour lesquels l'assuré est poursuivi pour conduite sous l'empire d'un état alcoolique, drogues ou stupéfiants, pour délit de fuite ou pour refus d'obtempérer même en l'absence d'accident,
- > les litiges de nature fiscale ou douanière, sous réserve de l'application des dispositions ci-avant,
- > les litiges relatifs à l'état des personnes (Livre premier du Code Civil), au droit de la famille, aux régimes matrimoniaux, aux successions et liquidations de communautés, sous réserve de l'application des dispositions ci-avant,
- > les litiges de bornage ou de mitoyenneté,
- > les conflits impliquant directement ou indirectement la recherche de la garantie décennale ou biennale d'un tiers et, en général, relevant du droit de la construction ou de l'urbanisme, sous réserve de l'application des dispositions ci-avant,
- > les litiges découlant de l'achat, la détention, la cession de parts sociales, de parts indivises, de valeurs mobilières, y compris la multipropriété,
- > les litiges relatifs aux immeubles de rapport de l'assuré ou découlant de la qualité de propriétaire ou d'usufruitier de l'assuré d'un patrimoine immobilier locatif,

- > les litiges pour lesquels l'assuré doit payer, au titre des charges de copropriété, une quote-part des frais et honoraires dans le cadre d'une action impliquant le syndicat des copropriétaires,
- > les conflits collectifs du travail,
- > les actions visant au recouvrement des impayés de l'assuré sans qu'il y ait de sa part une contestation sérieuse sur le fond, ainsi que les litiges résultant d'un recouvrement de ses créances, sous réserve de l'application des dispositions ci-avant,
- > les litiges découlant de l'état de surendettement ou d'insolvabilité dans lequel l'assuré pourrait se trouver, ainsi qu'aux procédures relatives à l'aménagement de délais de paiement,
- > les litiges résultant d'avaux ou de cautionnements que donnés par l'assuré ou de mandats qu'il a reçus,
- > les litiges relatifs aux infractions commises par voie de presse ou par tout autre moyen de publication et de communication, aux délits et contraventions de menaces, de diffamation et d'injures publiques ou privées, que l'instance soit pénale ou civile,
- > les litiges relatifs à une modification du règlement de copropriété,
- > les litiges couverts pour la défense et le recours par une assurance de responsabilité civile ou une assurance souscrite par l'assuré lui-même ou se rapportant à une situation dans laquelle il est en infraction avec une obligation légale d'assurance,
- > les faits, les événements ou la situation, source du litige, qui interviennent pendant ou avant les délais de carence stipulés aux présentes Dispositions Générales,
- > les litiges dont l'origine se situe à une date antérieure à la date de prise d'effet du présent contrat telle que fixée aux conditions particulières et ceux dont la déclaration est effectuée postérieurement à la date à laquelle le contrat a cessé ses effets,
- > les litiges opposant les assurés par le présent contrat entre eux,
- > les litiges relatifs à la gestion de votre sinistre protection juridique, hormis le cas de l'arbitrage.

4. le règlement des sinistres

L'assuré ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre à l'assureur dans les 5 jours ouvrés qui suivent la survenance de l'accident, sauf cas fortuit ou de force majeure. Passé ce délai, l'assuré peut perdre ses droits à indemnisation dès lors que la déclaration tardive d'accident aura causé un préjudice à l'assureur.

Lors de sa déclaration, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit indiquer les circonstances exactes de l'accident, communiquer l'identité des tiers en cause et des éventuels témoins et indiquer l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal a été dressé. L'assuré pourra déclarer son sinistre par téléphone en appelant nos services d'indemnisation au 03.89.22.90.97.

La gestion des litiges est confiée à : **GAMEST PROTECTION JURIDIQUE** –

CS 70031 - 68025 COLMAR Cedex – Tél. 03.89.22.90.90

S'agissant de la garantie protection juridique, dès que l'assuré a connaissance d'un litige, il doit le déclarer, dans un délai de 10 jours, par écrit ou verbalement contre récépissé, à nous-mêmes ou à notre mandataire.

L'assuré doit sous peine de déchéance de garantie, obtenir notre accord écrit AVANT :

- de saisir un avocat ou une juridiction
- d'engager une procédure ou d'exercer une voie de recours.

De même, il est tenu, sous peine de déchéance de garantie, de nous communiquer, dans les meilleurs délais, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés.

A défaut de remplir ces obligations, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assuré sera déchu de tout droit à garantie sous réserve que nous puissions établir que son manquement à ses obligations nous a causé un préjudice.

Si l'assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature, les causes, circonstances et conséquences d'un litige, il est déchu de tout droit à garantie pour ce litige.

Les articles 5 et 6 concernent la garantie PROTECTION JURIDIQUE seule

5. choix de l'avocat

En cas de procédure, l'assuré peut confier la défense de ses intérêts à un avocat ou à une personne qualifiée de son choix. Dans ce cas, l'assuré a l'obligation de nous en informer au préalable et de nous communiquer ses coordonnées. Le cas échéant, s'il le souhaite, il peut choisir l'avocat que nous pouvons lui proposer, sur demande écrite de sa part.

Nous prenons en charge les frais et honoraires engagés dans la limite des montants prévus au barème en page 4 des présentes Dispositions Générales et sous réserve des limites prévues à chaque garantie.

6. montant de notre prise en charge en cas de litige garanti

Nous prenons en charge à l'occasion d'un litige garanti et dans la limite d'un plafond global de garantie de 15.000 € TTC par litige, sous réserve des limites prévues à chaque garantie :

- les honoraires des experts que nous avons saisis,
- les coûts des constats d'huissiers et des procès-verbaux de police que nous avons exposés,
- les frais taxables et émoluments d'avocats et les autres dépens taxables,
- les honoraires et frais non taxables d'avocats dans la limite des montants figurant au barème en page 4

La prise en charge des frais et honoraires d'avocats s'effectue selon les modalités suivantes :

- si l'assuré fait appel à un avocat de son choix, nous remboursons à l'assuré le montant de ses honoraires suivant présentation des justificatifs des honoraires réglés accompagnés de la copie intégrale de toutes les pièces de procédure et décisions rendues ou du protocole de transaction signé par les parties.

- en cas de demande expresse de la part de l'assuré, nous pouvons adresser le règlement de ces sommes directement à son avocat.

- en cas de paiement d'une première provision à son avocat, nous pouvons verser à l'assuré une avance sur le montant réclamé à hauteur de 50 % des montants prévus sur présentation de la demande de provision, le solde lui étant réglé sur présentation de la décision rendue.

- si l'assuré nous demande l'assistance d'un avocat que nous pouvons lui proposer, nous réglons directement ses frais et honoraires, l'assuré n'a pas à en faire l'avance.

LES JURIDICTIONS ETRANGERES

Lorsque l'affaire est portée devant les juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le plafond applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

LES FRAIS NON PRIS EN CHARGE

Nous ne prenons jamais en charge ni l'amende, ni le principal, ni toute autre somme que l'assuré pourrait être condamné à verser et notamment, les frais de procédure exposés par le tiers, les intérêts de retard, les dommages-intérêts, les condamnations prononcées

contre l'assuré au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions françaises ou étrangères.

Nous ne prenons jamais en charge les consignations pénales qui lui sont réclamées. Nous ne prenons jamais en charge les frais de constitution de son dossier.

FRAIS DE PROCES - SUBROGATION

Nous sommes subrogés dans les droits et actions de l'assuré, dans la limite des sommes que nous avons payées directement, pour le recouvrement des sommes qui lui sont allouées notamment au titre des dépens et de l'article 700 du Code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions.

Néanmoins, si l'assuré justifie de frais restés à sa charge qu'il a payés dans l'intérêt de la procédure, il récupère ces sommes en priorité.

Pièces à produire en cas de :

> décès :

- un certificat médical précisant la cause du décès,
- un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- la ou les factures des frais funéraires exposés pour les enfants assurés,
- toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé.

> invalidité permanente totale :

- un certificat médical décrivant les blessures
- l'assuré devra se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur et aux examens complémentaires nécessaires à la détermination du taux d'invalidité.

> incapacité temporaire de travail :

- l'avis d'arrêt de travail,
- un certificat médical donnant toutes précisions sur la date de survenance et les circonstances précises de l'accident, la durée de l'incapacité, éventuellement l'importance de l'invalidité permanente à envisager,
- une attestation de reprise du travail.

> indemnité journalière d'hospitalisation :

- le bulletin de situation
- toute pièce médicale à communiquer à notre médecin conseil, lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties.

> maladie redoutée :

- un certificat médical du médecin spécialiste de l'assuré donnant toutes précisions sur la date de survenance, la nature de la pathologie, la date d'apparition des premiers symptômes, la date du premier diagnostic
- le compte rendu des examens spéciaux à l'appui.

> protection juridique

Il est indispensable afin que nous puissions préserver les droits et actions de l'assuré qu'il nous déclare rapidement tout litige dès sa survenance en nous faisant parvenir les pièces et précisions suivantes :

- l'ensemble de ses coordonnées (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone...),
- le problème survenu, en indiquant clairement sa nature,
- l'objet de sa demande (par exemple, résiliation ou exécution du contrat, remboursement, échange, réparation...),
- les pièces justificatives (documents contractuels, conditions générales de vente, factures, devis, échanges de correspondances avec la partie adverse, convocation au tribunal...).

L'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

Expertise médicale :

> l'invalidité permanente de l'assuré est constatée par expertise médicale, conformément au barème indiqué à la page 5,

> pour les autres garanties, nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de notre choix.

L'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'assureur à ses frais. L'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restant alors 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 décider de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent, saisi aux frais de l'assureur, sur simple requête de la partie la plus diligente, l'autre ayant été régulièrement convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Toutefois, si l'assuré se trouve en état d'incapacité ou d'invalidité à la suite d'un accident survenu hors de France, la constatation médicale de cet état devra être effectuée en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.

Le règlement des indemnités aura lieu au plus tard 15 jours après la remise de l'ensemble des pièces justificatives et après accord des parties.

Pour la garantie protection juridique, si un conflit d'intérêt survient entre l'assuré et nous, il est libre de choisir un avocat ou une personne qualifiée de son choix pour l'assister. Nous prenons en charge ses frais et honoraires selon les conditions et modalités précisées aux articles 5 et 6 des présentes Dispositions Générales.

En cas de désaccord entre l'assuré et nous sur le règlement d'un litige, il peut :

- soit exercer l'action, objet du désaccord, à ses frais,
- soit soumettre ce différend à une tierce personne désignée d'un commun accord ou à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais ainsi exposés sont à notre charge, sauf décision contraire du Président de Grande Instance s'il juge que l'assuré a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si, contrairement à notre avis et/ou celui de la tierce personne mentionnée ci-dessus, l'assuré agit à ses frais l'action objet du désaccord et obtient une solution plus favorable à celle que nous lui avons proposée, nous lui rembourserons les frais et honoraires exposés dans les conditions et limites prévues aux articles 5 et 6 des présentes Dispositions Générales.

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

7. date d'effet et durée du contrat

Sous réserve du paiement de la première cotisation, le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières.

Le contrat, conclu pour une durée d'un an, est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée aux conditions particulières, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, moyennant préavis de deux mois.

En cas de décès du souscripteur, le contrat continue de produire ses effets au profit des autres assurés, sous réserve que ceux-ci exécutent les obligations dont le souscripteur était tenu à l'égard de l'assureur et notamment le paiement des cotisations.

8. le paiement des cotisations

La cotisation est payable à la date d'échéance fixée aux conditions particulières au siège social de l'assureur ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

En cas d'utilisation du prélèvement SEPA pour le paiement de la cotisation, y compris frais et taxes, nous nous accordons, vous et nous, sur une pré-notification d'au moins 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice peut, par simple lettre recommandée adressée au souscripteur, à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné au troisième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain à midi du jour où a été payée à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

9. révision de la cotisation

Si l'assureur vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation est modifiée dans la même proportion à l'échéance principale qui suit cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a la possibilité de résilier le contrat dans les 15 jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi) et le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

10. déclaration du risque

Le contrat est établi d'après les déclarations du souscripteur ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence.

> **A la souscription du contrat :** le souscripteur doit, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier à l'assureur les risques qu'il prend à sa charge et répondre exactement aux questions posées dans le formulaire de proposition.

> **En cours de contrat :** le souscripteur ou à défaut l'assuré, doit par lettre recommandée déclarer, dans les 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont eu pour conséquence d'aggraver les risques et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de proposition.

11. sanctions

Toute réticence, fausse déclaration, production d'informations erronées faites intentionnellement entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L.113-8 du code des assurances).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'assureur peut, dans les termes de l'article L.113-9 du code des assurances :

- > soit résilier le contrat,
- > soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le souscripteur ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,
- > lorsque l'inexactitude est constatée après sinistre, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

12. autres assurances

Si l'assuré souscrit, auprès de plusieurs assureurs, des contrats pour un même intérêt, contre un même risque, il doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assurances (article L.121-4 du Code). Lors d'un sinistre, il peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

BAREME DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ET HONORAIRES D'AVOCAT

PLAFONDS PAR NIVEAU DE JURIDICTION	MONTANT
ASSISTANCE :	
Assistance à expertise	200 € pour la première intervention
Assistance à mesure d'instruction	
Recours précontentieux en matière administrative	
Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	100 € pour chacune des suivantes
Médiation (pénale ou civile), transaction ou désistement	380 €
Ordonnances (y compris en matière administrative sur requête, en matière gracieuse ou sur requête, référé)	460 €
PREMIERE INSTANCE :	
Tribunal de Police :	
- infraction au code de la route	400 €
- autres	500 €
Tribunal Correctionnel :	
- sans constitution de partie civile de l'assuré	400 €
- avec constitution de partie civile de l'assuré	550 €
Tribunal d'Instance	650 €
Tribunal de Grande Instance	750 €

Les montants ci-dessus peuvent être cumulés et représentent le maximum de nos engagements par litige, pour l'ensemble des assurés, sous réserve des limites prévues à chaque garantie.

Ces montants s'entendent Hors Taxes et sont majorés de la TVA en vigueur au jour de la facturation.

Ils comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de photocopie, de déplacement, etc.).

13. résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale dans les cas et les conditions suivants :

> par le souscripteur et l'assureur :

en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité du souscripteur lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation.

> par le souscripteur :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois,
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué au présent contrat,
- si nous résilions un autre des contrats de l'assuré après sinistre (art. R.113-10 du code des assurances),
- en cas de diminution des risques, si l'assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence (art. L.113-4 du code des assurances),
- dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance lorsque le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle (art.L.113-15-1 du code des assurances).

> par l'assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations (art. L.113-3 du code des assurances),
- en cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours de contrat, si la mauvaise foi de l'assuré n'est pas établie (art. L.113-9 du code des assurances),
- en cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L.113-4 du Code des Assurances sous réserve de celles édictées par l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989,
- en cas de règlement judiciaire.

> de plein droit :

- à l'échéance principale qui suit le 70^{ème} anniversaire du souscripteur,
- en cas de retrait de l'agrément de l'union de sociétés d'assurance mutuelles dont la Mutuelle Alsace Lorraine Jura est adhérente. La résiliation intervient le 10^{ème} jour à midi à compter de la date de la publication au Journal officiel de la décision prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie vous étant alors restituée (art. R.322-113 du code des assurances).

La demande de résiliation peut être faite, soit par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, soit par déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de notre représentant dont les coordonnées figurent aux conditions particulières (art. L.113-14 du code des assurances).

DISPOSITIONS DIVERSES

14. prescription

Toutes actions visant à mettre en jeu le présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L.114.1 et L.114.2 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance
- 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 nous 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 peut être interrompue (article L.114-2 du Code des assurances) par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre
- envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception :
 - par nous à l'assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation
 - par l'assuré à nous, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité
- citation en justice, même en référé
- commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

15. subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

PLAFONDS PAR NIVEAU DE JURIDICTION	MONTANT
Tribunal Administratif	750 €
Tribunal de Commerce	750 €
Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale et contentieux technique	550 €
Conseil de Prud'hommes :	
- conciliation	350 €
- jugement	650 €
Autres juridictions de 1 ^{ère} Instance	650 €
Juge de l'exécution	450 €
APPEL :	
- en matière pénale	850 €
- autres matières	1.050 €
Cour d'Assises	
Cour de Cassation	1.500 €
Conseil d'Etat	
Rédaction de plainte avec constitution de partie civile	300 €
Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions	400 €

**BAREME SERVANT CONTRACTUELLEMENT DE BASE
AU CALCUL DE L'INDEMNITE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE**

A - INVALIDITES PERMANENTES TOTALES

– Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100 %	– Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100 %
– Perte complète de l'usage des deux membres inférieurs ou supérieurs	100 %		

B - INVALIDITES PERMANENTES PARTIELLES (% proportionnels du capital assuré)

TETE

– Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25 %	– Anosmie absolue	4 %
– Surdité totale non appareillable résultant directement et exclusivement d'un accident	60 %	– Fracture des os propres du nez ou de la cloison, avec gêne respiratoire	3 %
– Surdité complète d'une oreille	12 %	– Sténose nasale totale unilatérale	4 %
– Syndrome subjectif des traumatisés crâniens, troubles post-commotionnels - forme complète	5 %	– Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20 %
– Epilepsie généralisée post-traumatique, une ou deux crises convulsives par mois avec traitement	50 %	– Perte totale ou presque totale des dents	
– Hémiplégie avec contracture :		• avec possibilité de prothèse	10 %
• côté droit	70 %	• sans possibilité de prothèse	35 %
• côté gauche	55 %		

MEMBRES SUPERIEURS ET EPAULES

	D	G		D	G
– Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	5 %	3 %	– Amputation de l'index	10 %	8 %
– Raideurs de l'épaule, peu accentuées	5 %	3 %	– Amputation du médius	8 %	6 %
– Raideurs de l'épaule, la projection en avant et l'abduction n'atteignant pas 90�	15 %	11 %	– Amputation de l'annulaire	5 %	3 %
– Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	30 %	22 %	– Amputation de l'auriculaire	5 %	3 %
– Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de l'usage d'un bras	70 %	55 %	– Perte complète de l'usage du mouvement du coude	20 %	15 %
– Perte complète de l'usage d'une main	60 %	50 %	– Perte complète des mouvements d'un poignet	12 %	9 %
– Fracture non consolidée d'un bras	40 %	30 %	– Fracture du 1er métacarpien avec séquelles modérées	4 %	3 %
– Amputation du pouce :			– Fracture du 5�me métacarpien avec séquelles modérées	2 %	1 %
• sans conservation du métacarpien	25 %	20 %			
• avec conservation du métacarpien	15 %	10 %			

MEMBRES INFERIEURS

– Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'un membre inférieur	60 %	– Perte complète du mouvement de la hanche	30 %
– Perte complète d'un pied	40 %	– Perte complète du mouvement du genou	25 %
– Fracture non consolidée de la cuisse	45 %	– Ankylose complète de la cheville en position favorable	12 %
– Fracture non consolidée d'une jambe	40 %	– Séquelles modérées de fracture transversale de la rotule	10 %
– Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et une partie du pied	25 %	– Amputation du gros orteil avec son métatarsien	10 %
		– Amputation de deux ou trois orteils d'un pied	2 %

RACHIS – THORAX

– Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10 %	– Algies radiculaires avec irradiation (forme légère)	2 %
– Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire, tassement avec raideur rachidienne nette sans signes neurologiques	10 %	– Fracture isolée du sternum avec séquelles peu importantes	3 %
– Cervicalgies avec raideur rachidienne importante	5 %	– Fracture uni-costale avec séquelles peu importantes	1 %
– Lombalgies avec raideur rachidienne importante	5 %	– Fractures multiples de côtes avec séquelles importantes	8 %
		– Reliquats d'un épanchement traumatique avec signes radiologiques	5 %

ABDOMEN

– Splénectomie avec séquelles hématologiques - sans incidence clinique	10 %	– Cicatrice abdominale d'intervention chirurgicale avec éventration de 10 cm non opérable	15 %
– Néphrectomie	20 %		

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA

« GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE – VITAL PROTECTION »

N°00002015

CONVENTION D'ASSISTANCE

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

• Téléphone	: de France :	09 69 36 99 60	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat :
	de l'Étranger :	+33 9 77 40 69 66	
• Télécopie	:	09 77 40 17 88	00002015

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone ou télécopie) et avoir donné son accord préalable.

1. DISPOSITIONS GENERALES

La **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** a souscrit au profit de ses assurés un contrat collectif d'assistance N° 00002015 auprès de **GARANTIE ASSISTANCE**.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux assurés d'un contrat GAV souscrit auprès de la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA**.

Ces prestations sont gérées par **GARANTIE ASSISTANCE**, Société anonyme au capital de 1 850 000 € - 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.

1.1. BENEFICIAIRES

- Toute personne physique, preneur d'un contrat Garantie Accidents de la Vie souscrit auprès de la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA**,
- Son conjoint*, son concubin, ou son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- Ses enfants célibataires âgés de moins de 25 ans (sauf condition d'âge spécifique à certaines garanties) à charge fiscalement, et vivant habituellement sous le même toit que le bénéficiaire.

1.2. VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties sont valables :

- pour les prestations 2.1., 2.2., 2.3, 2.4. : au domicile en France Métropolitaine.
- pour les prestations 2.5. et 2.6. : en France à plus de 50 Km du domicile du bénéficiaire et dans le reste du Monde (hors pays en état de guerre civile ou étrangère).

La franchise kilométrique est abrogée dès lors que le bénéficiaire se trouve en pays frontalier même si ce rayon kilométrique n'est pas franchi.

1.3. PRISE D'EFFET ET DUREE

Pendant toute la durée de validité du contrat collectif n° 00002015 liant la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** à **G.A.*** et au plus tôt le 1^{er} novembre 2015, les bénéficiaires d'un contrat Garantie Accidents de la Vie **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** sont couverts par les présentes conditions générales en cas de survenance d'un événement garanti au cours d'un déplacement effectué en France ou à l'étranger (déplacements hors véhicule uniquement d'une durée maximum inférieure à 90 jours consécutifs).

Les garanties prennent fin :

- à la fin du contrat Garantie Accidents de la Vie **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA**.
- à la date de résiliation du contrat collectif n° 00002015, la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** informera les Bénéficiaires du changement de la société d'assistance chargée de garantir et fournir les prestations d'assistance équivalentes.

1.4. DEFINITIONS

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

ACCIDENT : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier. **La garantie ne couvre ni les accidents de la route, ni les accidents de travail.**

ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE : les six actes ordinaires suivants : toilette, habillement, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DEPENDANT (DEPENDANCE OU PERTE D'AUTONOMIE) : le bénéficiaire est dans un état de dépendance c'est à dire dans l'impossibilité permanente, médicalement constatée, accompagnée ou non de troubles psychiques, d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne. L'évaluation de la dépendance est fondée sur le critère officiel de la grille AGGIR et de l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie. Cet état correspond à un classement minimum GIR 3 ou 4 (Groupes Iso-Ressources correspondants à des degrés de dépendance).

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe les personnes qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement (une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillement) ainsi que les personnes qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent et des bénéficiaires, situé en France telle que définie ci-dessous, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

ENFANT : l'enfant âgé de moins de 25 ans à charge de l'adhérent et/ou de son conjoint*.

ETRANGER : l'ensemble des états et territoires situés géographiquement hors de France telle que définie ci-dessous.

EVENEMENT : accidents domestiques et médicaux, accidents dus à des attentats ou à des infractions, accidents dus aux catastrophes naturelles ou technologiques.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel, petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine, Corse, Principautés de Monaco et d'Andorre.

G.A. : la société **GARANTIE ASSISTANCE**.

HOSPITALISATION : tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 24 heures (sauf stipulation contraire), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident. L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire au domicile* supérieure à 24 heures (sauf stipulation contraire), médicalement prescrite et consécutive à un accident*.

TRAUMATISME : état psychologique du bénéficiaire consécutif à un accident qui nécessite l'aide extérieure d'un professionnel pour lui permettre de surmonter cet état.

NB : Les termes définis ci-dessus sont signalés par un astérisque (*) dans les conditions générales.

1.5. RISQUE COUVERT

Évènements* garantis survenus dans le cadre de la vie privée uniquement.

1.6. ENGAGEMENT FINANCIER – MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

1.6.1. NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, **G.A.*** doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable :

GARANTIE ASSISTANCE
N° Téléphone : 09 69 36 99 60
de l'Étranger : +33 9 77 40 69 66
N° Télécopie : 09 77 40 17 88

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.*.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- contacter **G.A.*** sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant) ;
- fournir les renseignements suivants :
 - le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
 - son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
 - la nature des difficultés motivant l'appel,
 - les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que **G.A.*** puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation.

1.6.2. ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées au 1.6.1, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A.* devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour* à l'hôtel, **G.A.* ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.**

1.6.3. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, **G.A.*** peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

1.6.3.1. CONDITIONS PREALABLES AU VERSEMENT DE L'AVANCE PAR G.A.*

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, G.A.* adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A.* L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.*

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A.* un chèque certifié ou un chèque de banque.

1.6.3.2. DELAI DE REMBOURSEMENT DE L'AVANCE A G.A.*

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A.* la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

1.6.3.3. SANCTIONS

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A.* pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.4. TITRES DE TRANSPORT

En cas de transport organisé par **G.A.*** en application de l'une des garanties d'assistance, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à reverser les sommes correspondantes à **G.A.***, et ce dans les 90 jours qui suivent son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire pour son retour au domicile* seront pris en charge par G.A.*.

1.7. RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué au 1.6.1, soit à operations@garantieassistance.fr, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (maximum 15 jours).

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : **GARANTIE ASSISTANCE** - Service Reclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD ou à reclamations@garantieassistance.fr.

Une réponse est formulée dans un délai de 15 (quinze) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **G.A.*** envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

1.8. LOI APPLICABLE

Le présent contrat est soumis à la Loi française.

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou l'exécution des présentes conditions générales seront soumises aux tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile du défendeur.

1.9. 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 du Code des Assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) 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.

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.

1.10. SUBROGATION

G.A.* est subrogée, dans les termes de l'article L.121-12 du Code des Assurances jusqu'à concurrence des sommes payées par elle, dans les droits et actions de l'Assuré* contre tout responsable.

Les indemnités allouées à l'Assuré* au titre de l'article 700 du nouveau code de procédure civile, de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative ou 375 et 475-1 du Code de Procédure pénale, reviennent de plein droit à **G.A.*** à concurrence des sommes qu'elle a payées.

Si la subrogation ne peut, du fait de l'Assuré*, s'exercer en faveur de G.A.*, la garantie de celle-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où la subrogation aurait pu s'exercer.

G.A.* peut renoncer, moyennant stipulation expresse aux conditions particulières, à l'exercice d'un recours. Toutefois, si le responsable est assuré, **G.A.*** peut malgré sa renonciation exercer son recours dans la limite de cette assurance.

1.11. CONTROLE

G.A.* est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Tailbout, 75436 Paris cedex 09.

1.12. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire lors de l'adhésion aux présentes conditions générales puis lors du traitement d'une demande d'indemnisation font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à **GARANTIE ASSISTANCE**, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

1.13. EXCLUSIONS

G.A.* ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France*.

Sont exclus des garanties d'assistance, dans tous les cas, les sinistres ayant pour origine :

- une calamité naturelle (tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée, cataclysme) qui n'a pas donné lieu à un arrêté de catastrophe naturelle,
- la faute intentionnelle (et ses conséquences) du bénéficiaire,
- la participation du bénéficiaire à un pari,
- un acte tel que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves,
- l'usure du domicile* due à un défaut de prévention, d'entretien ou de réparation incombant au bénéficiaire.

1.14. EXONERATION DE RESPONSABILITE

G.A.* est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de **G.A.*** est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés.
- la responsabilité de **G.A.*** ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif à l'insuffisance des disponibilités locales.
- **G.A.*** ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure,
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du Code des Assurances),
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats
 - soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2. GARANTIES ACCORDEES

2.1. ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT

2.1.1. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Cette prestation s'applique à la suite à un accident* d'un bénéficiaire ayant entraîné un traumatisme psychologique fort, suite à un événement* fortuit.

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 le coût des consultations en cabinet pendant toute la durée de l'intervention à hauteur de 12 heures d'intervention maximum auprès d'un spécialiste désigné par le bénéficiaire.

Aucune prise en charge ne sera acceptée par **G.A.*** dans les situations suivantes :

- si l'évènement ayant causé le traumatisme n'est pas fortuit,
- si l'évènement fortuit n'est pas la cause du traumatisme,
- 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,
- en cas d'évènements résultant de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement.

2.1.2. ASSISTANCE « SERVICE INFO »

G.A.* recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après. Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; **G.A.*** s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et, en tout cas, dans un délai ne dépassant pas 48 heures. Dans ce dernier cas, **G.A.*** se chargera alors de rappeler le bénéficiaire demandeur.

G.A.* fournit des renseignements exclusivement d'ordre privé dans les domaines suivants :

A/ 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.

B/ RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE : Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

Les prestations ci-dessus sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par les spécialistes de **G.A.*** ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, avoués, huissiers, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

La responsabilité de **G.A.*** ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte par le bénéficiaire du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

2.1.3. RECHERCHE ET ENVOI D'UN MEDECIN (EN FRANCE METROPOLITAINE)

En l'absence du médecin traitant habituel, **G.A.*** aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à domicile* en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de **G.A.***.

2.2. ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION* DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 24H, A LA SUITE D'UN ACCIDENT*

Ces prestations sont mises en place au domicile* du bénéficiaire pendant et/ou à la suite immédiate de l'hospitalisation*.

2.2.1. GARDE D'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHERENT (OU SON CONJOINT)

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* motivant la demande de garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin Conseil de **G.A.***, bulletin d'hospitalisation, etc.).

Si, durant l'hospitalisation* de l'adhérent (ou de son conjoint*), ses enfants de moins de 16 ans ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de son entourage, **G.A.*** organise et prend en charge par évènement :

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire dans la limite de 7 jours consécutifs maximum dans un délai de 1 mois à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital. Cette personne qualifiée pourra éventuellement assurer la garde des enfants à son domicile ;
- soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe chez un proche résidant en France* ;
- soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe au domicile* du bénéficiaire d'un proche résidant en France* ;
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile* à concurrence de 5 allers-retours maximum sur une semaine et dans un rayon de 25 Km du domicile*.

2.2.2. GARDE DE L'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS IMMOBILISE AU DOMICILE APRES HOSPITALISATION

Si à la suite d'un accident ayant entraîné son hospitalisation, l'un des enfants est immobilisé au domicile et nécessite la présence d'un adulte à son chevet, et si l'adhérent et son conjoint ou leur entourage ne peuvent pas s'occuper de l'enfant convalescent, G.A.* organise et prend en charge les prestations décrites au 2.2.1 ci-dessus sous les mêmes conditions et dans les mêmes limites.

2.3. ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION* DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 72 H, A LA SUITE D'UN ACCIDENT*

Ces prestations sont mises en place au domicile* du bénéficiaire en France* pendant ou à la suite immédiate de l'hospitalisation*.

2.3.1. SOUTIEN PEDAGOGIQUE A DOMICILE*

Si l'hospitalisation et/ou l'immobilisation au domicile de l'enfant bénéficiaire entraîne une absence scolaire de plus de 15 jours calendaires (un certificat médical pourra être sollicité).

La garantie d'assistance est valable à compter du 1^{er} jour calendaire d'absence scolaire de l'enfant*.

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

G.A.* recherche et envoie au domicile* de l'enfant* un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : Français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

G.A.* prend en charge, par évènement, les coûts occasionnés à concurrence de 1 mois civil et à raison de 15 heures maximum de cours par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine.

Sous réserve des limitations exposées ci-dessus, la prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant* a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de G.A.*.

Il est autorisé par les parents à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant*, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

Lorsque l'enfant* est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie :

Vous devrez justifier votre demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de l'accident* et précisant que l'enfant* ne peut, compte tenu de cet accident*, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation. Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de G.A.*.

Délai de mise en place : dès réception de votre appel, G.A.* mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire débute les cours au domicile* de l'enfant* le plus rapidement possible.

2.3.2. AIDE A DOMICILE

Si l'état de santé de l'adhérent ou de son conjoint* le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A.* organise la mise en œuvre d'une aide à domicile pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, selon le cas, à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital du bénéficiaire sur une période d'un mois civil à concurrence d'un maximum de 21 heures de travail effectif avec un minimum de 3 heures par jour.

Cette garantie fonctionne de 8h à 19h tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés. 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.*.

Les garanties énoncées ci-avant ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin-Conseil de G.A.*, bulletin d'hospitalisation, etc.).

2.3.3. RECHERCHE DE MEDICAMENTS

Si 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. G.A.* ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc.).

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par G.A.*.

2.3.4. ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES DE COMPAGNIE

Pendant l'hospitalisation, 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 250 EUR TTC.

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».
- tout animal appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,

- tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne.
- les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage ou d'une exploitation agricole,
- le toilettage et les soins vétérinaires.

2.3.5. PRESENCE D'UN PROCHE

Si le bénéficiaire est seul (pas de proche dans un rayon de 50 Km) lors de son hospitalisation supérieure à 72 heures consécutives, G.A.* organise et prend en charge par évènement :

- le voyage aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France*, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour* à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 70 EUR TTC maximum par nuit.

2.3.6. GARDE-MALADE

Si l'état de santé de l'assuré ou de son conjoint* le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A.* organise la mise en œuvre d'un(e) garde-malade (sous réserve qu'elle soit prescrite par le médecin traitant) au chevet du bénéficiaire à son domicile* sur une période d'un mois civil à concurrence 21 heures maximum de travail effectif avec un minimum de 3 heures par jour.

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.*.

Les garanties énoncées ci-avant ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin-Conseil de G.A.*, bulletin d'hospitalisation, etc.).

2.3.7. ORGANISATION DE SERVICES A DOMICILE*

Lorsque le bénéficiaire a subi un accident et qu'il est immobilisé à son domicile, G.A.* propose l'organisation et la coordination de services au quotidien.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi (hors jours fériés), de 7h00 à 20h00, G.A.* recherche et met en relation le bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- le transport/l'accompagnement (ex : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.) ;
- la livraison de courses ;
- le portage de repas à domicile, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à domicile ;
- la présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents ;
- les petits dépannages (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.) ;
- le petit bricolage (changer les fusibles, ampoules électriques, etc.) ;
- le petit jardinage (tondre la pelouse, couper une haie, etc.).

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.4. ASSISTANCE EN CAS DE DEPENDANCE (PERTE D'AUTONOMIE) DU BENEFICIAIRE CONSECUTIVE A UN ACCIDENT

Les prestations du 2.4, sont mises en œuvre si, à la suite d'un accident, le bénéficiaire est dans un état consolidé de dépendance c'est à dire dans l'impossibilité permanente, médicalement constatée, accompagnée ou non de troubles psychiques, d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne. L'évaluation de la dépendance est fondée sur le critère officiel de la grille AGGIR et de l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie.

Pour l'application des présentes garanties, cet état correspond à un classement minimum GIR 3 ou 4 (Groupes Iso-Ressources correspondants à des degrés de dépendance).

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe les personnes qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement (une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage) ainsi que les personnes qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

2.4.1. RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS SPECIALES

Si le bénéficiaire ne peut être maintenu à son domicile*, G.A.* l'informe des démarches à suivre et des établissements susceptibles de l'accueillir pendant sa convalescence.

G.A.* lui communique les coordonnées des différents établissements se trouvant dans sa région et de leurs caractéristiques.

2.4.2. LIVRAISON / INSTALLATION DE MATERIEL MEDICAL

G.A.* contacte si nécessaire, des prestataires de matériel médical (lit médicalisé, déambulateurs, etc.) et organise la livraison et l'installation du matériel.

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.4.3. ADAPTABILITE DU DOMICILE*

Si l'état de dépendance du bénéficiaire* l'empêche de se déplacer et d'accéder seul à toutes les pièces de son domicile, à la demande de ce dernier, G.A.* recherche les solutions techniques, administratives et financières susceptibles de permettre le maintien du bénéficiaire* à son domicile*.

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile* aux besoins du bénéficiaire en perte d'autonomie de déplacement*, G.A.* missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du bénéficiaire à son domicile*.

A. AUDIT D'ADAPTABILITE DU DOMICILE*

A cette fin, l'ergothérapeute :

- réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la perte définitive d'autonomie de déplacement* ;
- soumet le bénéficiaire à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le bénéficiaire lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du bénéficiaire de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;

- dresse un audit de la situation financière et administrative du bénéficiaire.

B. SOLUTION DE MAINTIEN AU DOMICILE*

A l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au bénéficiaire un avis sur la possibilité de maintien au domicile* comportant les renseignements suivants :

- une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser ;
- l'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son domicile* et la mention des interlocuteurs appropriés dans ces démarches (A.N.A.H. par exemple).

Si le bénéficiaire accepte la solution suggérée par l'ergothérapeute, il retourne à G.A.* la solution de maintien datée et signée. A réception de l'accord écrit du bénéficiaire, G.A.* organise :

- la réalisation des travaux : G.A.* missionne, dans les meilleurs délais, les prestataires recommandés par l'ergothérapeute pour procéder à la réalisation des aménagements et agencements préconisés ;
- La commande, la livraison et l'installation des matériels médicaux spécifiques mentionnés dans la solution de maintien au domicile* rédigé par l'ergothérapeute.

G.A.* prend en charge la prestation de l'ergothérapeute, à l'exclusion de tous les autres frais.

2.5. ASSISTANCE AU BENEFICIAIRE EN CAS D'ACCIDENT AU COURS D'UN DEPLACEMENT DE MOINS DE 90 JOURS CONSECUTIFS

2.5.1. CONSEIL MEDICAL

Le conseil médical est 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.*.

2.5.2. RAPATRIEMENT MEDICAL

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.*.

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

- des frais d'évacuation sur pistes de ski à concurrence de 160 EUR TTC (frais de recherche exclus),
- des frais de transport non-urgents 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.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

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 au contrat d'assurance G.A.V. et aux dispositions personnelles,
- l'organisation et la prise en charge de tout frais de recherche.

2.5.3. RAPATRIEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si, à la suite d'un accident*, personne n'est en mesure de s'occuper des enfants de moins de 16 ans du bénéficiaire restés sur place :

- G.A.* met à disposition d'une personne résidant en France* désignée par le bénéficiaire ou un membre de sa famille, et prend en charge un **billet aller-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique**, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile* ou chez un proche* résidant en France*, désigné par le bénéficiaire.

- 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.

2.5.4. PRESENCE AUPRES DU BENEFICIAIRE HOSPITALISE

2.5.5. HOSPITALISATION INFÉRIEURE OU ÉGALE A 10 JOURS

Si le bénéficiaire 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 70 EUR TTC par nuit.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 700 EUR TTC.

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

2.5.6. HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 10 JOURS

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-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique**, afin de se rendre auprès de lui, ceci uniquement au départ de France*.

G.A.* organise le séjour* à l'hôtel de cette personne et prend en charge ces frais réellement exposés, jusqu'à un maximum de 70 EUR TTC par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 700 EUR TTC.

2.5.7. FRAIS MÉDICAUX A L'ÉTRANGER*

Dans le cadre de déplacements de moins de 90 jours consécutifs à l'étranger*, G.A.* prend en charge la partie des frais médicaux qui excède les sommes remboursées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance, déduction faite d'une franchise de 30 EUR TTC par dossier.

Cette prise en charge 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 prise en charge complémentaire de frais médicaux est de 4 500 EUR TTC par bénéficiaire**, dès l'instant où ils sont engagés à l'étranger* sur ordonnance médicale.

Sont couverts les frais médicaux suivants :

- honoraires médicaux ;
- coûts des médicaments prescrits ;
- coûts des soins dentaires à concurrence de 150 EUR TTC ;
- frais d'hospitalisation ;
- frais chirurgicaux.

Pour donner lieu à prise en charge, toute hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à G.A.* dans les 48 heures.

A) Cette prise en charge peut faire l'objet d'une avance dans la limite de ces 4 500 EUR TTC. Le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié et à respecter les conditions du paragraphe 1.7.1.

B) Le remboursement des sommes engagées 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.* et non encore remboursées. Dans tous les cas, il sera retenu une franchise de 30 EUR TTC par dossier, si aucun remboursement n'a été octroyé par une caisse de prévoyance ou d'assurance maladie.

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*.

2.5.8. EXCLUSIONS AU REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

Ne donnent pas lieu au remboursement :

- les frais médicaux inférieurs à 30 EUR 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 150 EUR TTC,
- les frais engagés en France* 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,
- les frais engagés à l'étranger* par une personne n'ayant pas sa résidence principale en France*.

2.5.9. PROLONGATION DE SEJOUR A L'HOTEL POUR LE BENEFICIAIRE

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 70 EUR TTC par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 350 EUR 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.

2.6. ASSISTANCE EN CAS DE DECES A LA SUITE D'UN ACCIDENT*

2.6.1. ASSISTANCE CONSEIL TELEPHONIQUE

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique, accéder à notre service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; nous nous engageons à fournir une réponse, si possible immédiatement, et dans tous les cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. Notre responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par le bénéficiaire des renseignements communiqués.

2.6.2. RAPATRIEMENT DE CORPS EN CAS DE DECES

En cas de décès d'un bénéficiaire survenant en France* ou à l'étranger*, à la demande de son entourage, G.A.* organise et prend en charge le transport du corps (ou des cendres) du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation en France*.

G.A.* prend également en charge les frais annexes et nécessaires à ce transport (frais de cercueil modèle simple, frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement nécessaires au transport et conformes à la législation locale).

La prise en charge de ce transport et des frais annexes est effectuée dans la limite de 1 500 EUR TTC maximum pour un décès survenu dans en France* et 4 500 EUR TTC maximum pour un décès survenu à l'étranger*.

Si les circonstances (notamment de refus d'autorisation de transporter le corps ou les cendres ou non délivrance du permis d'inhumer) imposent l'inhumation dans le pays de survenance du décès, G.A.* prend en charge le transport de corps du lieu du décès

jusqu'au lieu d'inhumation et les frais annexes nécessaires à ce transport dans la limite des plafonds mentionnés ci-dessus. G.A.* ne prend pas en charge :

- les frais d'inhumation ou de crémation,
- les frais d'embaumement,
- les frais de cérémonie et d'accessoires.

Le choix des Sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de G.A.*. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, G.A.* peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre. Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par G.A.*.

SYNOPTIQUE DES GARANTIES D'ASSISTANCE "GARANTIE ACCIDENTS DE LA VIE – VITAL PROTECTION"

EN CAS D'ACCIDENT

- **Accompagnement psychologique** 12 heures de consultation
- **Assistance « Service Info »** Assistance téléphonique
- **Recherche et envoi d'un médecin** Recherche et mise en relation

ASSISTANCE AU DOMICILE EN CAS D'HOSPITALISATION DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 24 H, A LA SUITE D'UN ACCIDENT

- **Garde à domicile des enfants de moins de 16 ans** 7 jours consécutifs sur 1 mois
- **Transfert des enfants chez un proche ou présence d'un proche**
 - Aller-retour ou, Billet train 1^{ère} classe ou Billet d'avion classe économique
 - Accompagnement à l'école 5 allers/retours sur 1 semaine à 25Km maximum
- **Garde de l'enfant de moins de 16 ans immobilisé au domicile**
 - Présence d'un proche Billet train 1^{ère} classe ou billet d'avion classe éco

ASSISTANCE AU DOMICILE EN CAS D'HOSPITALISATION DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 72 H, A LA SUITE D'UN ACCIDENT

- **Soutien pédagogique à domicile** 15 heures par semaine sur 1 mois maximum
- **Aide à domicile** 21 heures maximum
- **Recherche de médicaments** Avance des frais
- **Assistance aux animaux domestiques de compagnie** 250 € TTC maximum frais de garde et de nourriture
- **Présence d'un proche**
 - Aller-Retour en train Billet de train 1^{ère} classe ou billet d'avion classe économique
 - Séjour à l'hôtel 2 nuits (70 € TTC maximum par nuit)
- **Garde malade** 21 heures maximum
- **Services à domicile** Recherche et mise en relation

ASSISTANCE EN CAS DE DEPENDANCE (PERTE D'AUTONOMIE) DU BENEFICIAIRE CONSECUTIVES A UN ACCIDENT

- **Recherche d'établissements spécialisés** Frais de recherche
- **Livraison / installation de matériel médical** Organisation sans prise en charge
- **Adaptabilité du domicile** Prise en charge et recherche d'un ergothérapeute
- **Audit d'adaptabilité du domicile** Prise en charge et recherche d'un ergothérapeute
- **Solution de maintien au domicile** Organisation sans prise en charge

ASSISTANCE AU BENEFICIAIRE EN CAS D'ACCIDENT AU COURS D'UN DEPLACEMENT DE MOINS DE 90 JOURS CONSECUTIFS

- **Conseil médical** Service d'information téléphonique
- **Rapatriement médical** Frais réels
- **Frais d'évacuation sur piste de ski** 160 € TTC maximum
- **Rapatriement des enfants de moins de 16 ans**
 - Aller-Retour Billet de train 1^{ère} classe ou billet d'avion classe économique
 - Hôtesse Frais réels
- **Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé**
 - Aller-Retour Billet de train 1^{ère} classe ou billet d'avion classe économique
 - Prise en charge des nuits d'hôtel 70 € TTC par nuit avec un maximum de 700 € TTC
- **Frais médicaux à l'étranger** Franchise = 30 € TTC/dossier
Maximum 4 500 € TTC / bénéficiaire
- **Soins dentaires** 150 € TTC maximum
- **Prolongation de séjour à l'hôtel pour le bénéficiaire** 70 € TTC par nuit avec maximum de 350 € TTC / personne

ASSISTANCE EN CAS DE DECES A LA SUITE D'UN ACCIDENT

- **Assistance conseil téléphonique** Service d'assistance téléphonique
- **Rapatriement de corps en cas de décès**
 - Transport du corps en France + frais annexes 1 500 € TTC maximum
 - Transport du corps à l'Etranger + frais annexes 4 500 € TTC maximum

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA

« ASSISTANCE INFORMATION JURIDIQUE »

« PRIVEE » OU « PROFESSIONNELLE »

N° 00002022

CONVENTION D'ASSISTANCE

COMMENT Contacter GARANTIE ASSISTANCE

- Téléphone : de France : 09 69 36 99 60
de l'Étranger : +33 9 77 40 69 66
 - Télécopie : 09 77 40 17 88
- 24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat : 00002022

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone ou télécopie) et avoir donné son accord préalable.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** souhaite faire bénéficier ses assurés d'un service d'assistance téléphonique.

A cette fin, la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** a souscrit au profit de ses assurés, le contrat collectif d'assistance information juridique privée ou professionnelle n° 00002022 auprès de **GARANTIE ASSISTANCE**.

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les prestations d'assistance information juridique accordées aux assurés de la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** ayant souscrit un contrat de « Protection Juridique privée » ou de « Protection Juridique professionnelle ».

Ces prestations d'assistance sont gérées par **GARANTIE ASSISTANCE**, constituée sous forme de Société anonyme au capital de 1 850 000 € - 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.

La **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** est une Société d'Assurance Mutuelle à Cotisations Variables, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est situé 6 boulevard de l'Europe BP3116, 68063 MULHOUSE Cedex.

1.1. BÉNÉFICIAIRES

Toute personne physique ou morale, domiciliée en France, preneur d'un contrat d'assurance « Protection juridique privée » ou « Protection juridique professionnelle » souscrit auprès de la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA**.

1.2. VALIDITÉ TERRITORIALE

Les garanties d'assistance information juridique s'adressent aux bénéficiaires domiciliés en France et portent sur des demandes de renseignements portant sur la législation et la jurisprudence françaises.

1.3. PRISE D'EFFET ET DURÉE

Pendant toute la durée de validité du contrat collectif n° 00002022 liant la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** à **G.A.** et au plus tôt le 1^{er} novembre 2015, les bénéficiaires d'un contrat « Protection juridique privée » ou « Protection juridique professionnelle » **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** sont couverts par les présentes conditions générales en cas de survenance pendant cette même période d'un événement garanti.

Les garanties prennent fin :

– à la fin du contrat d'assurance « Protection Juridique Privé » ou « Protection Juridique Professionnelle » **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA**.

– à la date de résiliation du contrat collectif n° 00002022, la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** informera les bénéficiaires du changement de la société d'assistance chargée de garantir et fournir les prestations d'assistance équivalentes.

1.4. DÉFINITIONS

ASSURÉ (pour les contrats Protection Juridique Privée) : l'adhérent du contrat de Protection Juridique ou désigné au Certificat d'Adhésion, son conjoint non séparé, son concubin notoire ou partenaire signataire d'un Pacte Civil de Solidarité ainsi que ses enfants à charge ou sans fiscal du terme.

ASSURÉ (pour les contrats Protection Juridique Professionnelle) : l'entreprise, personne physique ou morale désignée comme souscripteur aux conditions particulières, ainsi que ses représentants légaux s'il s'agit d'une personne morale dans l'exercice de leurs fonctions et les personnes qui sont substituées, dans la direction de l'entreprise, aux Assurés* désignés ci-avant.

ASSISTEUR : la société **GARANTIE ASSISTANCE (G.A.)**.

NB : Les termes définis ci-dessus sont signalés par un astérisque (*) dans les conditions générales.

1.5. CONDITIONS D'APPLICATION

Le bénéficiaire peut solliciter l'assistance information juridique par téléphone :

GARANTIE ASSISTANCE
N° Téléphone : 09 69 36 99 60
N° Télécopie : 09 77 40 17 88

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire doit fournir les renseignements suivants :

- le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
- son nom, prénom, son adresse et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
- la nature de sa demande.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; **G.A.*** s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures.

L'assistance information a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La responsabilité de **G.A.*** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

- interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura obtenu(s) ;
- difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées.

1.6. RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué au 1.5.1, soit à operations@garantieassistance.fr, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (maximum 15 jours).

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : **GARANTIE ASSISTANCE** - Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD ou à reclamations@garantieassistance.fr.

Une réponse est formulée dans un délai de 15 (quinze) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **G.A.*** envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

1.7. LOI APPLICABLE

Le présent contrat est soumis à la Loi française.

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou l'exécution des présentes conditions générales seront soumises aux tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile du défendeur.

1.8. 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 du Code des Assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement* qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) 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.

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.

1.9. SUBROGATION

G.A.* est subrogée, dans les termes de l'article L.121-12 du Code des Assurances jusqu'à concurrence des sommes payées par elle, dans les droits et actions de l'Assuré* contre tout responsable.

Les indemnités allouées à l'Assuré* au titre de l'article 700 du nouveau code de procédure civile, de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative ou 375 et 475-1 du Code de Procédure pénale, reviennent de plein droit à **G.A.*** à concurrence des sommes qu'elle a payées.

Si la subrogation ne peut, du fait de l'Assuré*, s'opérer en faveur de G.A.*, la garantie de celle-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où la subrogation aurait pu s'exercer.

G.A.* peut renoncer, moyennant stipulation expresse aux conditions particulières, à l'exercice d'un recours. Toutefois, si le responsable est assuré, **G.A.*** peut malgré sa renonciation exercer son recours dans la limite de cette assurance.

1.10. CONTRÔLE

G.A.* est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

1.11. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire lors de l'adhésion aux présentes conditions générales puis lors du traitement d'une demande d'indemnisation font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à **GARANTIE ASSISTANCE**, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

1.12. EXONERATION DE RESPONSABILITE

G.A.* est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties.

Toutefois G.A.* ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- soit, de cas de force majeure,
- soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du Code des Assurances),
- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
- soit, des interdictions officielles,
- soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats,
- soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

1.13. EXCLUSIONS

Sont exclues du champ de garantie de la présente convention d'assistance :

- les demandes d'assistance formulées en dehors de la période de validité ou hors du champ territorial des présentes garanties.
- les demandes d'information ayant trait à des situations privées ou professionnelles ne relevant pas du droit français.

2. GARANTIES ACCORDEES

Le service d'assistance information juridique est accessible aux Assurés* détenteurs d'un contrat de « Protection Juridique privée » ou de « Protection Juridique professionnelle » souscrit auprès de la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA.

2.1. ASSISTANCE INFORMATION JURIDIQUE VIE PRIVEE

Pour toute question dans le cadre de sa vie privée ou salariée, le bénéficiaire peut contacter par téléphone le service juridique de G.A.* de 9 h 00 à 18 h 00 du lundi au vendredi (hors jours fériés).

Les juristes du service « information juridique » par téléphone de G.A.* sont à sa disposition pour lui apporter toutes informations juridiques et pratiques sur ses droits ou démarches.

2.2. ASSISTANCE INFORMATION JURIDIQUE VIE PROFESSIONNELLE

Pour toute question dans le cadre de son activité professionnelle, le bénéficiaire peut contacter par téléphone le service juridique de G.A.* de 09 h 00 à 18 h 00 du lundi au vendredi (hors jours fériés).

Les juristes du service « information juridique » sont à sa disposition pour lui apporter toutes informations juridiques et pratiques sur ses droits.



GARANTIE ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 1 850 000 €
312 517 493 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
92210 SAINT-CLOUD
Entreprise régie par le Code des Assurances

Téléphone : 09 69 36 99 60

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) - 61, rue Taibout 75009 PARIS.

En cas de réclamation, vous vous adressez en priorité à votre interlocuteur habituel.

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

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA – Service Qualité – 6 boulevard de l'Europe BP 3169 – 68063 MULHOUSE CEDEX.

Chacun des interlocuteurs bénéficient d'un délai de 10 jours ouvrables pour en accuser réception et de 2 mois pour répondre.

Il vous est également possible de saisir, en cas de non règlement de votre litige, la Médiation de l'Assurance soit par courrier (**La Médiation de l'Assurance TSA 50 110 - 75441 PARIS CEDEX 09**), soit par voie électronique en complétant un formulaire de saisine sur le site www.mediation-assurance.org.

Votre Mutuelle a adhéré à la "Charte de la Médiation de l'Assurance" dans le but d'améliorer le traitement à l'amiable des réclamations des assurés et des tiers.

Votre Mutuelle est réassurée avec caution solidaire de ses engagements auprès de l'Union du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST) - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex. Le GAMEST se substitue à votre Mutuelle réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurances et l'exécution de ses engagements (articles R 322-113 et R 322-117-4 du Code des assurances).

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 et modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et qui figureraient dans tout fichier à l'usage de la Société, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Mutuelle Alsace Lorraine Jura – 6 boulevard de l'Europe – BP 3169 – 68063 Mulhouse cedex 03

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances (dénommé le Code dans le texte) y compris les dispositions impératives applicables aux Départements du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle.



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
6 bd de l'Europe – BP 3169 – 68063 MULHOUSE Cedex
www.assurancemutuelle.com
Entreprise régie par le Code des Assurances
Fondatrice du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)